



FEMI

Copagos en el SNIS. Conceptos, alcance y alternativas

Mayo, 2014

PROPÓSITO

En este documento se presenta un marco conceptual con relación al significado de los copagos sanitarios y sus implicancias en el desempeño de los sistemas de salud, a partir del cual se analiza y caracteriza el sistema de copagos vigente en el Uruguay y particularmente en el SNIS.

Asimismo, se avanza en la elaboración de un modelo alternativo de copagos de carácter general para la realidad uruguaya, que opere como imagen objetivo de mediano plazo, que resulte funcional al desarrollo de los principios de equidad y accesibilidad del SNIS.

La instrumentación de este nuevo modelo deberá necesariamente transitar etapas intermedias antes de alcanzar su funcionamiento pleno.

El diseño de esta transición y una evaluación mínima del potencial impacto del nuevo modelo de copagos en las instituciones, representan etapas posteriores, no incluidas por tanto en este documento.

MARCO DE REFERENCIA.

En términos generales se puede hablar de eficiencia en los sistemas de salud cuando éstos son capaces de generar el máximo bienestar con los recursos de que dispone.

La eficiencia productiva está referida a maximizar la gama de bienes y servicios susceptibles de ser producidos con cantidad dada de recursos y presupone eficacia productiva.

Así, los problemas de eficiencia comprenden tanto aspectos de eficacia, organización y administración de las unidades productivas y las preferencias de las personas, como los mecanismos de interrelación, coordinación y compatibilización entre ellas.

Las relaciones de horizontalidad entre cada uno de los actores o subsistemas que participan en la atención sanitaria y que a su vez forman parte de la red de aseguramiento social, cobra especial importancia en los casos donde el sistema de salud es de naturaleza mixta, y por lo tanto requiere de instancias de coordinación para maximizar la cobertura de la población.

Esta dimensión es la que determina los criterios de riesgo compartido entre subsistemas y sus efectos sobre los patrones de selección y transferencia de pacientes. La dimensión horizontal establece los patrones de cobertura desde la equidad del sistema.

De la misma forma aquellos problemas vinculados con los mecanismos de transferencia y absorción de riesgo entre financiadores, aseguradores y prestadores, y la estructura de incentivos generada a través de las relaciones contractuales entre ellos, define una dimensión vertical que postula las relaciones de cada una de las estructuras que participan en el sistema desde la organización interna de su funcionamiento. Esto es:

- Fuentes de financiamiento.
- Estructura de fondos de financiamiento.
- Mecanismos de financiamiento de tales fondos.
- Alternativas de integración y de pago a los proveedores de servicios de salud.

La dimensión vertical establece los patrones de cobertura desde el punto de vista de la eficiencia interna.

Existen básicamente dos modelos bien diferenciados dentro de los sistemas de salud: centralizado y segmentado, ya sea que esté integrado verticalmente o estructurado mediante contratos.

En el primero, en general, la responsabilidad de la organización, financiación y prestación descansa en el sector público. Por otro lado, los modelos segmentados, que se verifican en la mayoría de los países latinoamericanos, en general tienen una clara división de la cobertura de la población objetivo por subsistemas: (público a través de órganos centrales o de la seguridad social y privado).

En estos casos, es necesario identificar posibles mecanismos de selección adversa que pueden afectar la equidad y la eficiencia asignativa.

Normalmente, se observa al sector público orientado a la cobertura de la población más pobre, asumiendo el riesgo financiero y epidemiológico del modelo (siempre y cuando exista una restricción presupuestal fuerte; de lo contrario el incentivo a la eficiencia es débil y el riesgo se traslada a la población en su conjunto que debe asumir los costos de los déficits presupuestales); mientras que los trabajadores formales y los sectores de mayores ingresos encuentran cobertura en el seguro social o en el sector privado.

En todos los casos, la participación del gasto directo del bolsillo en el financiamiento de la atención sanitaria puede considerarse un indicador de equidad del sistema.

No obstante ello y teniendo que el gasto sanitario tiene un elevado componente ético, en la medida que debe garantizar a toda la población el acceso a recursos que propician un buen estado de salud, no debería de ser ésta la única referencia para valorar la suficiencia o insuficiencia del gasto sanitario, ni mucho menos su sostenibilidad o insostenibilidad, toda vez que, además, el volumen del gasto público está condicionado a decisiones de carácter eminentemente político como es la política fiscal.

La producción de salud a través de los niveles de atención, requiere de la máxima eficacia productiva posible. Los diferentes perfiles epidemiológicos y las distintas condiciones socio económicas y ambientales de la población, junto con los requerimientos de los grupos de mayor riesgo, hacen necesario desarrollar estrategias teniendo en cuenta estas variables. Esto es, mejorar su eficiencia productiva.

La transición epidemiológica implica ya no sólo reforzar el primer nivel de atención, sino que demanda inversiones importantes en la atención secundaria y terciaria. Esto genera costos crecientes en todos los niveles asistenciales que de alguna manera deben ajustarse a herramientas que permitan su amortización sea por ejemplo a través de incentivos especiales o de pagos del bolsillo.

La recuperación de costos mediante pagos reducidos es una herramienta válida utilizada por diferentes sistemas de salud en el mundo. Esto ha complejizado el sistema de amortización de costos a la vez que pone en tela de juicio la eficiencia y calidad de

la atención demandada. En general se ha visto que fallan los mecanismos selectivos médicos a un costo negativo sobre la eficiencia del producto ofrecido.

La participación directa del paciente en el financiamiento de una parte del costo de los servicios y prestaciones sanitarias, al momento de utilizarlos o recibirlos mediante los copagos, apunta a establecer de alguna manera, una responsabilidad compartida explícita de éstos en el financiamiento de los servicios de salud.

LOS COPAGOS EN SALUD

La constante incertidumbre acerca del futuro estado de salud es condición para que el usuario busque modalidades de aseguramiento de la atención médica. El seguro ofrece incentivos que propenden a un consumo excesivo de servicios sanitarios, lo que se conoce como riesgo moral ex-post, (Arrow1963). En este contexto, los copagos resultan de alguna manera, una herramienta disuasoria o de control de la utilización innecesaria de servicios y prestaciones, contribuyendo a mejorar la racionalidad de la demanda y por consecuencia, tal vez hasta reducirla. Sin embargo, dependiendo de su diseño, los copagos pueden representar en los hechos, limitaciones al aseguramiento, y forzar al paciente a asumir un mayor riesgo financiero y una pérdida monetaria, (Ellis y Mc Guire1993).

El riesgo moral ex -post, se define entre otras cosas como el uso excesivo en la asistencia a la salud de los servicios sanitarios. "El riesgo moral se refiere a las situaciones en las que la existencia de cobertura aseguradora de un riesgo aumenta la probabilidad de incurrir en gastos por los riesgos cubiertos y/o en la cantidad de estos gastos. En el caso de los servicios sanitarios, la existencia de riesgo moral supone que los individuos utilizan más los servicios cuando disponen de seguro que cuando carecen de él".¹

Si al momento de consumir los servicios incluidos en la cobertura de un seguro, los individuos no deben pagar entonces éstos no se enfrentan al dilema de evaluar el costo de oportunidad de su decisión. Es decir, no hay señales de precios que obliguen a elegir entre consumir ese servicio u otro de distinto precio. Por tanto en este escenario existe un incentivo a consumir ese servicio cuyo precio es cero, con independencia del beneficio individual que comporta (riesgo moral). Si esto es así el consumo aumenta y el costo que hay que financiar a través del seguro es mayor con iguales resultados, lo que significa que el nivel de eficiencia cae y por ende también lo hace el beneficio para el conjunto de la sociedad.

¹ Puig Junoy, Jaume. "Los mecanismos de copago en servicios sanitarios: cuando, cómo y porqué" Departament d'Economia i Empresa Universitat Pompeu Fabra 2001-02-19. Pp 3

“Tradicionalmente el seguro de salud responde al riesgo moral a través de la necesidad de transferir parte del costo de la prestación sanitaria al paciente en forma de copago y una prima de seguro”. (Glied 2001).

El término riesgo moral ex post refiere al sobre consumo de servicios médicos en una situación donde el seguro paga algo de dicho servicio o todo el costo.

Manning y Marquis (1996), hacen hincapié en el hecho de que una disminución del copago podría incrementar la cantidad demandada de los servicios sanitarios por parte del paciente.

El hecho de que el paciente tenga tendencia a usar más los servicios sanitarios cuando no asume parte del costo de utilización, es resultado del comportamiento racional del individuo puesto que el costo de una unidad adicional de servicio es compartido por todas las personas que financian el seguro (sea en forma de primas o tributos). De esta manera se plantea que cada individuo hará un mayor uso de los servicios que si tuviera que pagar el costo completo o parcial de la atención.

Existe cierto consenso en cuanto a definir los copagos como un pago voluntario del bolsillo que los individuos realizan al momento de utilizarlos servicios disponibles en el sistema, estén éstos comprendidos o no en la cobertura de su plan de aseguramiento.

En general se plantea que los sistemas de copagos tienen por objetivos, la coparticipación del usuario en el costo y por ende en el financiamiento de los servicios, y la racionalización de la demanda tendiente a minimizar la utilización innecesaria como forma de mejorar la eficiencia del gasto del sistema.

Para algunos autores los dos objetivos que se persiguen con los copagos (financiamiento y reducción de demanda innecesaria) generan recomendaciones de diseño contrapuestas ya que “si el objetivo fundamental es la reducción de la demanda, entonces el copago debería aplicarse sobre los servicios con una demanda más elástica. Sin embargo, si el objetivo es maximizar la capacidad recaudatoria del instrumento, entonces debería aplicarse a los servicios de menor elasticidad de la demanda.”²³

Esto quiere decir que si lo que se pretende con los copagos es moderar la demanda innecesaria, entonces deberían aplicarse a todas aquellas prestaciones cuya demanda

²Puig Junoy, Jaume. Los mecanismos de copago en servicios sanitarios: cuando, cómo y por qué. Departament d'Economia i Empresa Universitat Pompeu Fabra 2001-02-19. Pp 9

³ La elasticidad precio de la demanda es una medida utilizada en economía para mostrar el grado de respuesta, o elasticidad, de la cantidad demandada de un bien o servicio a los cambios en el precio de dicho bien o servicio. Otorga el cambio porcentual de la cantidad demandada en relación a un cambio porcentual en el precio, considerando que el resto de determinantes de la demanda, como la renta, permanecen constantes (ceteris paribus).

por parte de los usuarios disminuye ante la existencia de un precio (o ante aumentos de un precio previo) asociado a su consumo. Si por el contrario se pretende financiar los servicios mediante la aplicación de copagos, estos deberían instrumentarse en los servicios o prestaciones que el usuario demanda con independencia del precio que debe pagar al momento de su consumo.

Por otra parte, para González López- Valcárcel el objetivo de los copagos como fuente de financiamiento es cuestionable. Para esta autora, “el objetivo recaudatorio no corresponde al sistema de salud (para eso está el sistema fiscal)” y “no es objetivo del sistema sanitario público redistribuir rentas [...]. El objetivo principal de los copagos, el gran reto, consiste en reducir la utilización innecesaria sin afectar a la adecuada, ni perjudicar la salud de los pacientes y de las poblaciones, a corto y a largo plazo. El reto del diseño es incentivar el consumo eficiente. A nivel individual del paciente, el objetivo de los copagos es evitar abusos (uso innecesario) que se pueden producir si el paciente no paga por los servicios que utiliza. A nivel global del sistema sanitario, es reducir la brecha entre eficacia y efectividad.”⁴

No obstante lo señalado, esta misma autora reconoce que el objetivo de cofinanciamiento de servicios y por ende su condición recaudatoria, es relevante y legítima en los casos de prestaciones que aportan comodidad pero que no necesariamente generan valor en términos de salud en los procesos de atención. Se pueden agregar también las prestaciones que no quedan incluidas en el paquete de servicios que cubre el seguro público (cuando este es amplio en su cobertura y su composición se define en base a cuestiones empíricas derivadas de la evidencia científica disponible).

Aun cuando se asuma como hipótesis de partida la postura de la autora mencionada, el punto crítico de los copagos, como ella misma lo señala, es como discernir entre uso innecesario y uso adecuado y sus múltiples variaciones si se considera el tema globalmente o si se lo hace a nivel de los casos individuales.

En teoría, si los usuarios están dispuestos a pagar el copago de una prestación con relativa independencia de su nivel de precio, y por tanto no se verifica reducción de la demanda ante incrementos del mismo, esto podría significar que la necesidad de salud que motiva el uso de esa prestación es cierta. Visto de esta manera, la situación no presentaría problemas pero no hay que perder de vista que para individuos con iguales necesidades de salud, un copago de igual precio puede significar un nivel de acceso disímil según su capacidad de pago. Habría entonces una afectación de la equidad.

⁴González López Valcárcel, B.. ¿Qué sabemos del impacto de los copagos en atención sanitaria sobre la salud? Evidencia y recomendaciones en “La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria”. Informes FRC 1. Fundació Rafael Campalans, pp 103. 2007

Si los usuarios disminuyen el uso de un determinado servicio a partir de la implementación de un copago o ante el aumento de su precio, entonces se podría pensar que dicha reducción se corresponde con una demanda que era innecesaria. Ahora bien, la dificultad en este caso deriva del hecho que la demanda en salud es poco elástica, es decir que se trata de un servicio que en general no puede dejar de consumirse, ni puede ser reemplazado por otros bienes o servicios.⁵ Por tanto, identificar qué proporción de la reducción de demanda corresponde realmente a demanda innecesaria y cuál se verifica como consecuencia de una imposibilidad de afrontar el costo de los copagos, es tarea harto difícil por no decir improbable. También en esta situación se estaría afectando potencialmente la equidad y la accesibilidad.

¿Puede pensarse entonces, que la mejor alternativa a efectos de no afectar la equidad y la accesibilidad es un escenario en que no existan copagos?

La respuesta parece ser que no es así ya que esta situación no solo incentiva el uso innecesario al no modularse el riesgo moral, y por tanto implica una menor eficiencia y calidad de los servicios, sino que también afecta negativamente la accesibilidad por cuanto para una disponibilidad relativamente fija de recursos, estos serán utilizados en una determinada proporción por quienes consumen servicios de manera abusiva, dejando menor margen de recursos para quienes acuden a utilizar los servicios por razones fundadas del punto de vista técnico.

Del punto de vista sanitario, la aplicación de copagos a servicios destinados a personas portadoras de patologías crónicas podría significar una carga adicional para estos individuos, no cubierta por el seguro, por su sola condición de tales. Adicionalmente y en la misma línea, si se exonera de copagos las prestaciones de carácter preventivo, se puede incurrir en la paradoja de aplicar copagos sólo a quienes portan una patología y si se aplican copagos a los servicios preventivos se estará limitando el acceso a prestaciones que se supone apuntan a mantener a los individuos en condiciones adecuadas de salud o a intervenir oportuna y precozmente en sus procesos mórbidos.

Es fácil advertir entonces las implicancias que los sistemas de copagos tienen sobre el acceso a los servicios y la equidad en el uso de las prestaciones, lo que pone de manifiesto las disyuntivas a las que se enfrentan quienes tienen que decidir respecto la conveniencia de su aplicación y al diseño que debería adoptar ese sistema.

En este último sentido el desafío que comporta la aplicación de copagos es alcanzar un equilibrio que permita gestionar adecuadamente la tensión que se genera entre los objetivos que persiguen (corresponsabilidad en el financiamiento y reducción de

⁵ Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Copago. Conclusiones desde la evidencia científica. 2010, Documentos SemFYC N° 29. pp 11

demanda innecesaria) y los principios de accesibilidad a los servicios y equidad de las prestaciones.

Un buen diseño de copagos dispone de mejores ventajas para contribuir a una mejor eficiencia. Como se dijo anteriormente, los copagos establecen relación directa entre costos y servicios obtenidos y pueden incentivar la revelación de preferencias que facilita la provisión óptima de bienes y servicios.

Por otra parte, los copagos pueden contribuir a reducir la necesidad de imponer o aumentar otros impuestos que producen mayores distorsiones en la economía.

COPAGOS: EFICIENCIA, CALIDAD.

El análisis de este tema no puede acotarse a sus implicancias en términos de acceso y equidad (dimensiones de alguna manera asociadas fundamentalmente a uno de los agentes del sistema, el usuario), sino que debe considerarse su impacto en la eficiencia y la calidad de los servicios (relacionadas principalmente con el desempeño de los proveedores).

Adicionalmente, debe considerarse cómo se articula y cuán consistente es el modelo de copagos aplicado en un sistema concreto, con las formas de financiamiento y los mecanismos de reembolso del sistema y cómo opera ese modelo en la sustentabilidad de mediano plazo del sistema (cuestiones de alguna forma vinculadas sobre todo al agente financiador).

Si la reducción de los precios de los copagos o de las prestaciones a las que se aplican, se acompaña de un aumento de la demanda de esas mismas prestaciones, se corre el riesgo que una proporción importante de este incremento se explique por un uso no justificado lo cual evidentemente reduce la eficiencia del desempeño institucional. En este escenario se estará produciendo servicios que no agregan valor a la atención sanitaria y reduciendo la posibilidad de acceso de individuos con reales necesidades de salud.

Por otra parte sabido es que la aplicación de servicios y prestaciones sin un fundamento técnico claro constituyen instancias que lejos de ser neutras, generan nuevos riesgos, por definición evitables, que atentan contra la adecuada calidad de la atención.

Si además el aumento de costos asociado al descenso o eliminación de los copagos no tiene un financiamiento genuino, entonces se afectará la eficiencia y la calidad si como medida alternativa los proveedores introducen barreras organizacionales al acceso como forma de contener ese aumento de costos.

La ausencia o la eliminación de copagos plantean desafíos importantes en la microgestión de las instituciones proveedoras de servicios de salud. En este sentido el desafío principal es cómo se gestionan los procesos asistenciales al interior de las empresas. En este punto aparece el médico como figura central ya que de sus decisiones dependen la mayoría de las prestaciones que se realizan en el ámbito institucional.

Sin embargo, es claro que en el actual contexto inciden factores de diversa índole que dificultan en grado sumo la posibilidad de una gestión eficiente de estos procesos. Estos factores van desde las formas y condiciones organizativas de la atención, que inciden en gran medida en el nivel de confianza de la relación médico – paciente y hacen propicio el desarrollo de la denominada “medicina defensiva”, pasando por la calidad

de la formación de los profesionales y por la inexistencia de incentivos dirigidos a estos para resolver adecuadamente los pacientes de la forma más eficiente posible. Puede agregarse además, el concepto de autonomía profesional, que se asocia a la variabilidad de la práctica médica, y la incertidumbre propia de los procesos biológicos que hacen difícil la estandarización de los procesos de atención.

COPAGOS Y SUSTENTABILIDAD.

Como se señaló anteriormente, los copagos pueden contribuir al financiamiento de los servicios. Lo podrán hacer en mayor o menor medida dependiendo de su precio, de la relación de este con el costo del servicio objeto del copago y del conjunto y tipo de prestaciones incluidos en este mecanismo.

No obstante, con independencia de estos aspectos, lo cierto es que la introducción de cambios en un sistema de copagos preexistente sea su reducción o eliminación o sea su instrumentación o incremento, necesariamente tendrá efectos sobre el mecanismo general de financiamiento del sistema y particularmente sobre el de los proveedores.

Si se disminuye el precio de los copagos o se reduce la cartera de servicios con copagos, seguramente se verifique un incremento de la demanda de estos servicios. Por tanto, los costos variables de los proveedores y eventualmente también los fijos, se incrementarán al tiempo que sus ingresos se reducirán.

Como ya se dijo, la alternativa para los prestadores, en este escenario en el supuesto que el financiamiento por otras vías permanezca sin cambios, seguramente sea la implementación de mecanismos de contención de costos y de regulación de la demanda de carácter administrativo que por lo general se expresan en un aumento de los tiempos de espera para la coordinación y realización de las prestaciones. Vale decir que el riesgo que se corre en la alternativa de la reducción o eliminación de copagos existentes con el fin de mejorar el acceso económico, es la introducción de mecanismos que afectan la accesibilidad en su dimensión organizacional.

La reducción de copagos debería ir acompañada de una evaluación de su impacto en términos de aumento de demanda y de costos y de reducción de ingresos, de manera tal de ponderar y estimar cuál es la magnitud del efecto sobre la unidad de pago del sistema general de financiamiento para compensar el cambio en el sistema de copagos.

En el caso del SNIS, esto significa que ante cualquier medida tendiente a reducir los copagos, debería estimarse la variación del precio de las cápitas que permita cubrir el gasto adicional y la caída de financiamiento esperado como consecuencia de la eliminación o reducción de los copagos.

Esto claramente remite a otro problema relativo al financiamiento del fondo de aseguramiento que paga a los proveedores. Los ajustes al alza de las unidades de pago con que se reembolsa a los proveedores por encima de lo que indica la paramétrica sectorial, presionan sobre las fuentes de financiamiento del seguro. Esto es, los impuestos o las contribuciones a la seguridad social, dependiendo del modelo predominante aplicado en el sistema de cobertura sanitaria. Las alternativas son el traslado de esos incrementos a las personas y familias que deberán aumentar sus

aportes vía impuestos o a través de la seguridad social, o que el Estado asuma ese costo adicional sin trasladar la presión a los contribuyentes, lo que seguramente implique destinar menos recursos a otros sectores.

El dilema que se plantea a partir de una eventual modificación de los copagos tiene por detrás al menos dos grandes cuestiones de orden económico y político.

Es bien conocido que existe un conjunto de factores que presionan al alza el gasto sanitario de forma sostenida y que la realidad indica que los recursos que se destinan a la atención de salud no pueden acompañar dicho crecimiento. Dentro de este marco es válido preguntarse hasta qué punto es posible, aun en un contexto de acceso equitativo, financiar todos los servicios en todas las situaciones en que aquellos sean necesarios.

El envejecimiento de la población y el crecimiento de la proporción de individuos portadores de patologías crónicas que requieren tratamientos durante una parte cada vez mayor de su vida, la emergencia de nuevas patologías, el avance del conocimiento científico en el área de la salud y el consecuente desarrollo tecnológico con el surgimiento continuo de nuevas técnicas de alto costo y la debilidad o falta de desarrollo de mecanismos de evaluación de las innovaciones tecnológicas, son algunos de los elementos que explican esta tendencia. Pero no debe perderse de vista que también incide fuertemente un cambio en la concepción de la salud como entidad cada vez más amplia y abarcativa de los problemas que afectan a los individuos y que incluye de forma creciente nuevas dimensiones de atención, la mayoría de ellas de carácter socio sanitario. Todo ello en un contexto en que las personas en tanto usuarios del sistema de salud, asumen conductas más exigentes en cuanto a los recursos que deben estar a su disposición para atender su situación específica.

Este panorama pone de manifiesto una dicotomía de fondo que es preciso hacer explícita. Si se entiende que el acceso a la salud es un derecho y que se trata de una dimensión que contribuye al bienestar colectivo, entonces la sociedad debería asumir la responsabilidad de disponer los medios para garantizar ese derecho y el Estado (al menos en la concepción de Estado de bienestar) asumirlo como uno de sus cometidos. Desde esta perspectiva la contribución que todos los individuos realizan para financiar el sistema a través del pago de impuestos o de contribuciones a la seguridad social, apunta a asegurar una cobertura financiera de la atención independiente de los riesgos individuales de enfermar.

Sin embargo, el bienestar subjetivo o individual, siendo también un derecho, puede entrar en contradicción con el bienestar colectivo, en tanto se relaciona con valoraciones, elecciones y decisiones individuales que hacen a las preferencias de las personas, que incluso pueden determinar o condicionar sus hábitos de vida y sus pautas de consumo sanitario.

Dadas estas dos dimensiones, es decir bienestar y responsabilidad colectiva e individual, y el contexto de costos crecientes y recursos limitados ya señalado, la cuestión a dilucidar es "si los individuos, además de participar en la responsabilidad social, [mediante sus aportes al financiamiento del sistema] tienen la responsabilidad individual de contribuir a la financiación de "su" propia atención sanitaria...", partiendo de la base que "la propuesta de la corresponsabilidad tiene como objetivo contribuir a la sostenibilidad del sistema, es decir, a mantener la equidad y la eficiencia con el objetivo de que haya más recursos para más enfermos en condiciones de acceso justo a la atención sanitaria"⁶. Desde esta perspectiva los copagos aun siendo un instrumento de financiamiento, adquieren una dimensión relacionada con la equidad contributiva y trascienden su función meramente recaudadora.

⁶Puyol González, A. Ética y racionalidad de la contribución financiera del usuario de la sanidad pública, en "La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria ". Informes FRC 1. Fundació Rafael Campalans, pp 39 - 42

¿SE JUSTIFICAN LOS COPAGOS ?

A la luz de los elementos planteados hasta este punto, cabría preguntarse sobre la conveniencia de la aplicación de copagos en los sistemas sanitarios.

Lo primero que hay que considerar es la evidencia empírica que muestra que los copagos se aplican en mayor o menor medida en prácticamente todos los sistemas de salud independientemente de su formatos de financiamiento (público vía impuestos o seguridad social, o privado o una combinación de ambos) y de provisión (pública y/o privada). Es decir, aún en los sistemas encuadrados dentro del concepto de Estado de Bienestar, con modelos de financiamiento y provisión públicos, se establecen copagos con el fin de moderar la demanda y financiar parte de los servicios.

Cómo lo señala Jaume Puig, “un mecanismo de copago diseñado de forma adecuada tiene varias ventajas que indican que puede contribuir a la mejora potencial de la eficiencia. Los copagos establecen, [...] una relación directa entre el coste y los servicios obtenidos (al menos sirven para obligar a los individuos a comparar costes con beneficios) y, por lo tanto, pueden incentivar la revelación de preferencias que facilita la provisión óptima de bienes y servicios.”.⁷

Además, como lo señala este mismo autor, los mecanismos de copago implican la introducción del principio del beneficio en la financiación pública: quien paga (aunque sólo sea una parte del costo total del servicio) es quién se beneficia del producto del servicio y no quien paga impuestos o contribuciones a la seguridad social.

Es importante rescatar algunos aspectos, ya mencionados, que se señalan como condicionantes a la hora del diseño de un modelo de copagos.

- El nivel de elasticidad de la demanda de los servicios a los que se aplica, partiendo de la base que ésta es relativamente baja, que varía de un servicio a otro y que no se mantiene constante a lo largo del tiempo.
- El nivel de información de que dispone el usuario a la hora de decidir el consumo de servicios de salud y el rol del médico como inductor de la demanda en virtud de la asimetría de información entre ambos, lo que hace que existan escasas situaciones en las que el consumo queda bajo el control del paciente.
- La diferente capacidad de pago de los individuos que puede condicionar el acceso a los servicios y la equidad de las prestaciones si deben efectuar un pago en el momento de su consumo.

⁷Puig Junoy, Jaume. Los mecanismos de copago en servicios sanitarios: cuando, cómo y porqué Departament d'Economia i Empresa Universitat Pompeu Fabra 2001-02-19. Pp 2

- Las distintas necesidades de las personas en razón de sus particulares estados de salud y la condición crónica de las patologías que los afectan que determinan un uso más intensivo de servicios.
- El nivel de efectividad de las prestaciones (sean de carácter preventivo, de recuperación de salud, de rehabilitación o de orden paliativo) del que depende en gran medida el valor agregado de los procesos asistenciales.

Los copagos podrán contribuir a mejorar la eficiencia del sistema, si su diseño es adecuado y toma en consideración algunas premisas básicas de sus potenciales efectos no deseados.

El problema no es el instrumento en sí mismo, sino su diseño y su funcionalidad a los objetivos y principios del sistema en que se aplica.

Debe tenerse presente que la administración de un sistema de copagos tiene costos y que en ese sentido debería apuntarse a la elaboración de un diseño simple. No obstante cuánto más sencillo sea el modelo más riesgo se corre de contener la utilización de servicios sin poder discriminar aquellos que son necesarios de los que no lo son, y que cuanto más complejo el sistema, por ejemplo con la incorporación de excepciones, más dispositivos administrativos y de gestión de la información se requieren y por ende los costos se incrementan.

De ahí que resulte útil caracterizar las diferentes alternativas de copagos según su forma de aplicación en los sistemas de salud.

TIPOLOGÍA DE LOS COPAGOS.

A efectos de simplificar su consideración semántica y en tanto en todos los casos, independientemente de su diseño, los copagos cumplen la misma función y persiguen los mismos objetivos, conviene denominarlos a todos genéricamente como copagos con independencia de si se trata de un precio, una tasa, un porcentaje, un deducible o un reaseguro.

No obstante, los copagos, como todo mecanismo de pago, más allá del objetivo general para el hayan sido diseñados, tienen un incentivo implícito que depende en gran medida de su unidad de pago. En este sentido no es lo mismo un copago por cada acto o prestación que se consume que otro que abarca un conjunto de prestaciones (piénsese en las órdenes de consulta y en el tique de laboratorio que comprende un conjunto de análisis).

A su vez, también varían según el criterio con que se define su precio. Este puede ser un precio administrado (como lo son los copagos a nivel del SNIS) o de determinación libre; puede estar definido como porcentaje del costo de producción de la prestación o servicio objeto del copago (como fue el caso originalmente del copago asociado al consumo de resonancias magnéticas por mencionar un ejemplo) o bien puede ser un precio determinado en razón de otros criterios que no necesariamente se relaciona con el costo (caso del tique de medicamentos).

También pueden variar según la oportunidad de su aplicación y cobro, es decir del momento en que el usuario debe realizar el pago de su bolsillo. Aún cuando en general se trata de un mecanismo que opera en el momento del consumo, admite alternativas de prepago, como si se tratará de un coseguro o reaseguro por el uso de determinadas prestaciones (algo similar a este modelo sucede con el “sustitutivo de tiques”).

Pueden incluso adoptar la forma de un deducible del seguro de salud, es decir un precio que oficia como tope máximo de pago por parte del usuario al cabo de un periodo, generalmente un año.

Desde otra perspectiva y con independencia de que se trate de un copago por acto o conjunto de servicios o de deducibles, enfoques más recientes propician la aplicación de copagos de precios variables según el nivel de la adhesión de los pacientes a los tratamientos relacionados con su patología (agregando una dimensión de incentivos dirigidos a los usuarios) o del resultado de una determinada intervención con relación al resultado esperado, o aún copagos asociados a la efectividad de las prestaciones

propiciando esquemas en el que el precio de los copagos es bajo o nulo en aquellas de efectividad demostrada.⁸

Sin embargo, resulta claro que cuanto más sofisticado es el mecanismo de determinación del copago, mayores costos administrativos supone y más complejos los dispositivos de control y el nivel de información necesario para ello. La definición del nivel de efectividad de las prestaciones, o los mecanismos de seguimiento y evaluación del cumplimiento de pautas de tratamiento en pacientes crónicos son a las claras complejos, aunque puede pensarse su aplicación a algunas pocas situaciones bien determinadas, fáciles de controlar y alineadas con objetivos sanitarios prioritarios.

Las diferentes formas posibles de los copagos pueden ordenarse a los efectos de su análisis, en tres grandes grupos: deducibles, copagos propiamente dichos (aplicados a un acto o servicio) y coseguros.⁹

En general se plantea que los deducibles son efectivos para contener la utilización de servicios sobre todo por que reducen la demanda de atención por problemas menores. Sin embargo, tienen el riesgo de inhibir el uso de servicios en los estadios iniciales de enfermedades importantes, generando problemas de oportunidad en el diagnóstico precoz y el tratamiento.

Respecto a los copagos por acto o servicio su efecto sobre la demanda depende de su precio, del tipo de servicio alcanzado por el copago y de su relación con el costo de producción del servicio.

Los copagos de precios elevados (debe definirse un parámetro de comparación que permita evaluar si el precio es alto o no), pueden disminuir la demanda a costa de la equidad, además del riesgo de incentivar el uso de otros servicios que aunque no sea sustitutos, pueden oficiar como tales (tal el caso de copagos elevados en consulta coordinada que pueden incentivar el uso de servicios de urgencia si en estos no hay copagos o su precio no se diferencia del de la consulta coordinada). Adicionalmente, del punto de vista financiero, al igual que en el caso en que el precio del copago se determina como porcentaje del costo de producción, los proveedores tienen un menor incentivo a la eficiencia porque parte de la gestión de costos recae en el usuario (sea porque disminuye su utilización, sea porque pagan una parte elevada de su costo).

⁸ Gonzáles López Valcarcel, B. "¿Qué sabemos del impacto de los copagos en atención sanitaria sobre la salud? Evidencia y recomendaciones" pp 104 en "La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria". Informes FRC 1. Fundació Rafael Campalans, 2007

⁹ Repullo Labrador, J. M. "Copago sí, copago no: revisando modalidades y efectos de los costes compartidos en el contexto sanitario europeo". s.d. [documento electrónico en www.scribd.com].

Si el precio del copago por acto es bajo y no se relaciona con el costo de producción, entonces probablemente tengan un efecto escaso sobre la demanda, lo que obliga al proveedor a gestionar el costo del servicio.

Una modalidad alternativa del copago por acto o servicio es el reintegro a cargo de un tercero de una parte del copago abonado por el usuario. Este esquema por una parte desincentiva el uso innecesario porque en el momento de la utilización el usuario debe pagar la totalidad del precio del copago y tiene un costo de transacción para gestionar su reintegro. Sin embargo, la reducción de la demanda en este caso, quizás sea menor que en el caso de la inexistencia del reembolso y podría pensarse que lo que se reduce es más selectivamente la demanda innecesaria y no la adecuada ante la expectativa del reintegro parcial del precio.

Los coseguros representan un prepago de una proporción del costo de los servicios que potencialmente puede llegar a utilizar un usuario en un determinado período (un año en general). Se trata de un mecanismo que está diseñado en función del riesgo financiero de la institución proveedora del servicio y por ende traslada gran parte de ese riesgo a los usuarios (a no ser que exista un tercer pagador que financie el coseguro).

En todos los casos puede aplicarse un esquema de excepciones que apunte a minimizar los potenciales efectos adversos sobre la equidad y el acceso. Estas excepciones pueden definirse por grupos de edad (niños, jóvenes y ancianos), condición biológica (embarazo), discapacidad, patologías con externalidades sociales (infecciosas, vacunaciones, enfermedad psiquiátrica grave), patologías por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, carácter crónico de la patología o condición socioeconómica de los usuarios.

Como ya se mencionó a mayor cantidad de situaciones de excepción, más compleja la administración del sistema de copagos.

Desde el punto de vista de la organización de los servicios, los copagos pueden clasificarse según se apliquen a servicios ambulatorios coordinados o de urgencia (consultas o procedimientos) o a servicios de internación, y pueden o no abarcar la provisión de medicamentos.

TIPOLOGIA DE LOS COPAGOS

Tipo de copago	Unidad de pago	Forma de pago	Precio como proporción del costo del proveedor
Por acto o servicio	Acto o servicio	El usuario paga un precio por cada prestación en el momento del consumo	Copagos de precio variable según costo de la prestación
Por proceso asistencial	Proceso de atención	El usuario paga un precio por cada proceso asistencial en el momento del consumo	Copagos de precio variable según el mix de costos de cada proceso asistencial
Deducible	Acto o proceso asistencial	El usuario paga por cada prestación en el momento del consumo hasta un precio máximo en un período.	Copago de precio variable como un porcentaje del gasto esperado por el uso de servicios objeto de copago por parte del asegurado
Coseguro	Prima o cuota	El usuario prepaga un precio por el conjunto de prestaciones o procesos objeto de copago	Prima de precio definido por el gasto esperado por el uso de servicios alcanzados por copagos

LA EVIDENCIA DEL EFECTO DE LOS COPAGOS.

Diversos autores son contestes en reconocer que la evidencia disponible respecto al impacto de los copagos es débil y que las particularidades de cada sistema de salud hace poco comparables los resultados de estudios realizados en contextos diferentes.

En general existe cierta evidencia referida al efecto de los copagos sobre los niveles de utilización pero ello no significa que se acompañe de un impacto negativo sobre la salud de la población. En contrapartida tampoco existe evidencia contundente en cuanto a que los copagos generen beneficios en términos de una mayor eficiencia.¹⁰

Vale decir que se trata de un tema en el que es necesario ir más allá de los fundamentos teóricos y diseñar alternativas específicas para la realidad del sistema en que se pretenden aplicar y necesariamente evaluar los resultados de manera permanente para ratificar o rectificar la política de copagos.

¹⁰ Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria "Copago - Conclusiones desde la evidencia científica" 2010 – Documentos SemFYC N° 29 pp 18

González López Balcarcel "¿Qué sabemos del impacto de los copagos en atención sanitaria sobre la salud? Evidencia y recomendaciones" pp 113 en "La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria". Informes FRC 1. Fundació Rafael Campalans, 2007

Puig Junoy, J. Los mecanismos de copago en servicios sanitarios: cuando, cómo y porqué. 2001-02-19 pp 16

CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA DE COPAGOS EN EL SNIS.

Alcance del sistema de copagos

El sistema de copagos aplicado a nivel del SNIS alcanza diversos servicios de atención ambulatoria y la provisión de medicamentos sólo en la asistencia que no requiere internación.

En general los precios de los copagos presentan una marcada variación para una misma prestación o servicio entre las distintas instituciones del sistema incluyendo la ausencia de todo tipo de copago en el caso del proveedor público, ASSE, que concentra la cobertura de alrededor de un tercio de la población que incluye cerca de 300.000 usuarios financiados por el FONASA.

Adicionalmente el alcance del sistema de copagos también varía dentro de las propias instituciones según la modalidad de afiliación de los individuos (por vía del FONASA en un caso y afiliados colectivos o individuales por otro), su edad y aún dentro de los afiliados a través de la seguridad social, según cuál era su esquema de cobertura previa a su inclusión en el FONASA.

En términos generales, de acuerdo a la tipología presentada anteriormente, podría caracterizarse como un sistema de copagos por acto que alcanza sólo a los servicios de carácter ambulatorio, cuyos precios son administrados y en general no guardan relación con el costo operativo del servicio objeto del mismo y que no tiene en consideración la capacidad de pago de los individuos ni su condición patológica (con algunas excepciones como se verá más adelante).

Política de copagos y regulación

Sólo recientemente en términos relativos, el regulador ha adoptado una serie de medidas relacionadas con el sistema de copagos siguiendo el mandato legal que impone el artículo 19 de la Ley 18.211.¹¹

Estas medidas han sido adoptadas de manera algo errática, mediante decretos específicos o dentro de los que refieren a los ajustes periódicos de los precios de las cuotas salud, o en decretos que homologan los contratos de gestión de la JUNASA con

¹¹ "Artículo 19.- Las prestaciones incluidas en los programas integrales que apruebe el Ministerio de Salud Pública podrán requerir el pago de tasas moderadoras, que autorizará el Poder Ejecutivo, fijando también sus montos máximos.

El Poder Ejecutivo promoverá la progresiva reducción del monto de las tasasmoderadoras, priorizando las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en lapoblación"

las instituciones del SNIS o se encuentran incluidos en las disposiciones que regulan el sistema de pago por cumplimiento de metas prestacionales.

En términos generales, las decisiones del regulador en esta materia han sido diversas: acotar el conjunto de servicios incluidos en el sistema de copagos, reducir el precio de algunos de ellos o establecer un precio máximo, eliminar el copago de algunas prestaciones de forma general o selectiva, prohibir la aplicación de copagos a servicios que por decisión del MSP se incorporan al PIAS, e introducir una modalidad de coseguro (sustitutivo de tiques) para algunos colectivos de afiliados en particular.

Resumen de normativa referida a cambios en el sistema de copagos

Decisión	Instrumento
Prohibición de establecer nuevos copagos	Artículo 5 del Decreto 197/005
Rebaja del precio del copago de medicamentos	Artículo 4 del Decreto 197/005
Exoneración del copago de por la realización de PAP y mamografías	Artículo 5 del Decreto 219/005
Exoneración del copago de los estudios paraclínicos del control del embarazo de bajo riesgo	Artículo 7 del decreto 562/005
Exoneración del copago por medicamentos relacionados con patologías de alta prevalencia (HTA y diabetes)	Artículos 5 y 6 del Decreto 562/005 Artículo 5 del Decreto 15/008
Determinación de precios máximos del copago por algunos psicofármacos	Artículo 6 del Decreto 15/008
Determinación de precios máximos de los copagos las prestaciones (diferentes por institución)	Artículo 1º Decreto 264/008
Exoneración de copagos por consultas con pediatra, médico de familia, odontólogo, oftalmólogo y ginecólogo para los menores de 18 años,	Decreto 464/008 (contrato de gestión) Trigésima octava cláusula
Implementación del sustitutivo de tasas moderadoras a pasivos.	Decreto 464/008 (contrato de gestión) Vigésima cuarta cláusula
Exclusión de los ajustes de precios de algunas prestaciones finalmente topeadas en su precio (caso de las órdenes de consulta con medicina general y pediatría)	Artículo 3 del Decreto 298/009
Determinación del precio máximo común a todas las empresas por la consulta ginecológica	Artículo 5 del Decreto 336/10
Introducción de servicios y prestaciones de salud mental con determinación de copagos con precio fijo máximo e igual para todas las instituciones.	Artículo 3 del Decreto 305/011
Incorporación de nuevas técnicas para las que se determinó taxativamente la imposibilidad de aplicación de tasas moderadoras (vasectomía, la ligadura tubaria y la colocación del DIU).	Artículo 6 del Decreto 383 /010 artículo 10 del Decreto 292/012
Modulación de la dispersión de precios para una misma prestación tendiendo a minimizar las diferencias observadas entre las instituciones	Artículos 4 y 5 del Decreto 292/012 Artículos 3 y 4 de Decreto 210/013 Artículo 3 del Decreto 283/2013
Se prohíbe el cobro de tasas moderadoras por la aplicación de anestesia o sedación en procedimientos diagnósticos o terapéuticos	Artículos 10 del Decreto 426/013
Se prohíbe el cobro de tasas moderadoras por procedimientos de quimio y radioterapia	Artículo 11 del Decreto 426/013

A todo este se suman las exoneraciones de tasas moderadoras de actividades previstas en el sistema de pago por cumplimiento de metas prestacionales.

Las medidas adoptadas por el regulador parecen apuntar básicamente a restringir la aplicación de copagos, especialmente en referencia a procedimientos de prevención primaria o secundaria o a consultas coordinadas con especialidades básicas.

Por otra parte se puede vislumbrar una tendencia a modular las diferencias de precio del copago de un mismo servicio entre las distintas instituciones, pero no las que existen dentro de una misma institución entre afiliados FONASA y No FONASA. No hay definiciones concretas respecto a la ausencia de este mecanismo modulador de la demanda en los servicios de ASSE.

Es de señalar que históricamente los precios de los copagos son administrados por el Estado que determina el porcentaje máximo de su aumento con una periodicidad determinada, generalmente la misma que se aplica para el ajuste de precios de las cápitas. Existen excepciones como se ha mencionado anteriormente, en que el incremento de cuota salud no se acompañó de aumento de copagos o se excluyeron algunos procedimientos o los medicamentos.

Los esfuerzos del MSP en este tema no parecen enmarcarse dentro de una política expresa con objetivos de corto, mediano y largo plazo (más allá de lo expresado en el artículo 19 de la mencionada ley), que permita a los distintos actores del sistema, (no solo las empresas, sino también los propios usuarios), conocer hacia dónde apunta el sistema de copagos y cuál es su potencial efecto sobre el financiamiento, la accesibilidad a los servicios y la demanda, de manera tal de poder anticipar el efecto de estos cambios.

Por cierto el estado actual del sistema de copagos no es sólo resultado de la ausencia de una política específica desde el inicio de la reforma. Históricamente esto ha sido así, (se puede exceptuar el período en el año 1993 en que se liberaron sus precios, que puede interpretarse como una definición estratégica explícita), lo que ha generado que en el sistema de salud del Uruguay (pre y aún post reforma) los copagos sólo han sido considerados por parte del regulador y del prestador, en su dimensión estrictamente financiadora, dejando la discusión relativa a su potencial rol moderador de demanda en un segundo plano en el mejor de los casos.

Adicionalmente, la ausencia o la debilidad de los mecanismos de evaluación de la calidad asistencial, la carencia de incentivos en este sentido para las empresas, y la falta de sistematización y disseminación de información sobre el desempeño de las instituciones¹² ha dado lugar a un sistema de competencia entre empresas en el que el

¹² La información que difunde el MSP en el período de movilidad regulada. La mayoría de los datos relativos a lo estrictamente asistencial sólo se vinculan muy lateralmente con dimensiones de la calidad y la mayoría de los

precio de los copagos aparece como la variable más relevante en el proceso de decisión del usuario a la hora de elegir su cobertura.

En este sentido, es importante remarcar que en el Interior, las empresas de FEMI básicamente, aunque no de forma exclusiva, compiten con ASSE en la preferencia de los usuarios cubiertos por el FONASA. ASSE no cobra copagos de ningún tipo ni aún a los cerca de 300.000 afiliados FONASA con que cuenta.

El sistema de copagos es asimétrico en su aplicación en tanto es asimétrica la regulación en general para las empresas privadas del SNIS con relación a ASSE.

Tipos de copagos y precios.

La información publicada por el MSP con relación a los copagos permite identificar 29 tipos de copagos diferentes; cuatro de ellos se refieren a medicamentos, 15 a tipos de consultas ambulatorias y 10 a diversas técnicas de diagnóstico y tratamiento. Es preciso consignar que el universo de estas últimas es mucho más amplio.

De acuerdo a la regulación actual, la mitad de los tipos de copagos por medicamentos corresponden en realidad a exoneraciones por lo que el único gasto para el usuario es el pago del timbre profesional. Existe otro tipo que corresponde a cierta medicación antihipertensiva que tiene un precio máximo determinado por decreto. Por último, el copago general de medicamentos, que alcanza a casi todos los que están incluidos en el Formulario Terapéutico de Medicamentos (FTM) para la atención en policlínica, tiene un precio que puede considerarse libre dentro del contexto regulatorio general. En estos casos se dispone periódicamente el ajuste máximo posible de su precio (cuando no se rebaja o se excluye del aumento). Este tipo de copago, como se verá más adelante presenta una fuerte dispersión en su precio en el conjunto del sistema.

Con relación a las consultas ambulatorias sucede algo similar. De los 15 tipos de órdenes o copagos, 5 son de precio "libre" (con las salvedades mencionadas para los medicamentos), 9 tienen fijado su máximo precio y un tipo está exonerado de copago. Los tipos de consultas de copago de precio "libre" en los que se verifica la mayor dispersión de precios, corresponden a las consultas de urgencia y a las consultas en consultorio con especialistas.

Los copagos referidos a técnicas de diagnóstico y tratamiento son todos de "libre" precio y presentan rangos de variación de precios muy amplios. A este conjunto básicamente están dirigidos los decretos de los años 2012 y 2013 que establecen ajustes porcentuales con topes en los valores absolutos máximos de los precios.

indicadores presentados carecen de norma o estándar de referencia que permita al usuario evaluar si existe un desvío respecto a ésta y cuál es su magnitud.

Tipos de copagos. Enero 2014

Tipo de copagos	Nº	%	% s/ total de prestaciones	
Tasas referidas a medicamentos	4	100%		14%
De precio "libre" (para medicamentos en general)	1	25%	3%	
De precio topeado (anti HTA)	1	25%	3%	
Exonerados (Reg. Glicemia y antipsicóticos)	2	50%	7%	
Tasas referidas a consultas	15	100%		52%
De precio "libre" (1)	5	33%	17%	
De precio topeado (2)	9	60%	31%	
Exonerados (3)	1	7%	3%	
Tasas referidas a técnicas	10	100%		34%
De precio "libre"	10	100%	34%	
TOTAL de tipos de copagos	29			100%

- (1) Consulta en consultorio con especialidades, consultas urgentes domicilio y centralizada, consulta de radio y consulta odontológica
- (2) Consultas en consultorio con especialidades básicas, médico de referencia y módulos de salud mental (módulo 3, entrevista con coordinador y comité recepción) (modo 2 igual precio 229)
- (3) Modo 1 salud mental

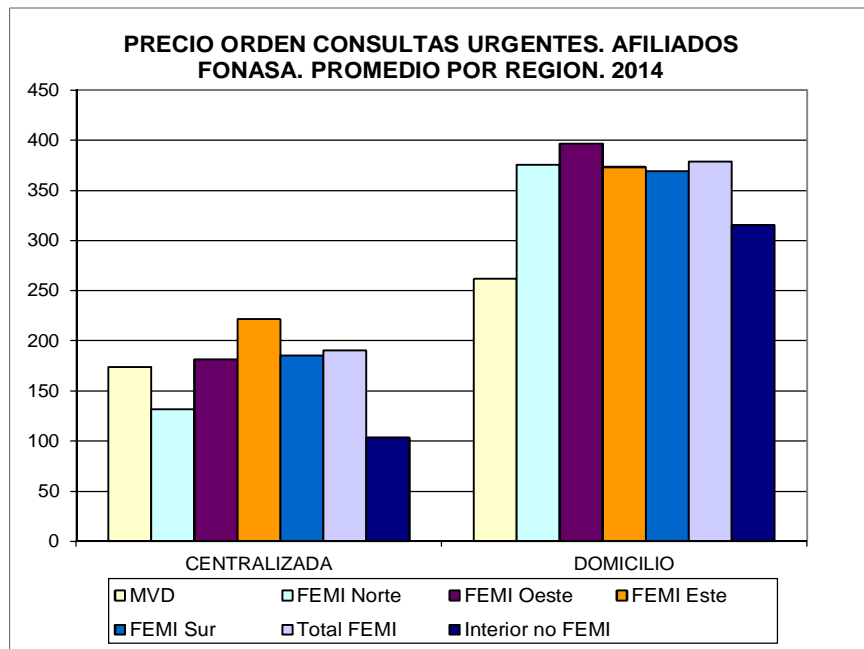
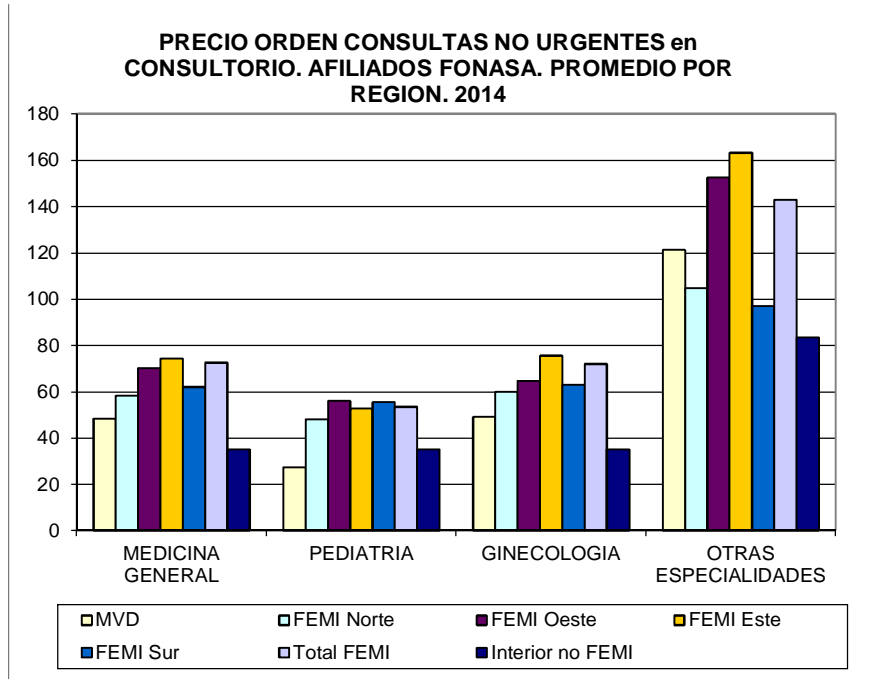
Si se analizan los precios promedios vigentes a enero de 2014 para afiliados FONASA de algunos copagos que el MSP publica (no se consideran los que están exonerados ni los que se incluyeron recientemente por parte del MSP con un precio fijo como es el caso de salud mental), se observa que los que corresponden a consultas coordinadas en policlínica para el conjunto de FEMI y de cada una de sus cuatro regiones, son superiores a los precios registrados en las IAMC de la Capital y en las del Interior que no integran la Federación, excepto en el caso de las consultas con especialistas donde las regiones Norte y Sur de FEMI tienen en promedio precios de copagos más bajos que en Montevideo, pero mayores que en las instituciones NO FEMI del Interior.

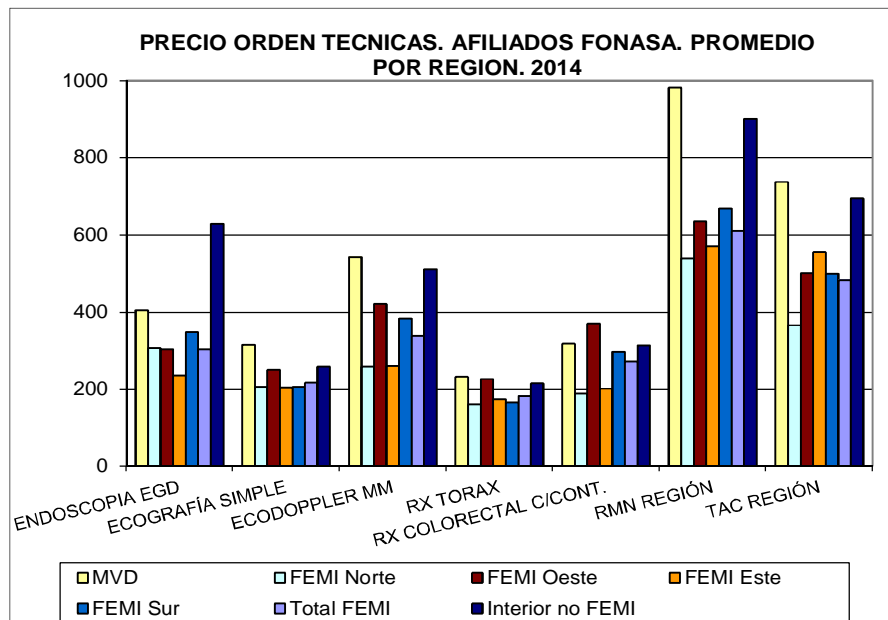
Con relación a los precios promedio de las consultas de urgencia, sucede lo mismo que en las consultas coordinadas con una sola excepción en la Región Norte de FEMI en que el precio es menor que en la Capital. El precio promedio del ticket general de medicamentos es inferior en FEMI si se lo compara con el promedio de Montevideo y superior al registrado para el conjunto de las IAMC NO FEMI del Interior.

PRECIOS PROMEDIO DE COPAGOS PARA AFILIADOS FONASA por región (en \$). ENERO 2014

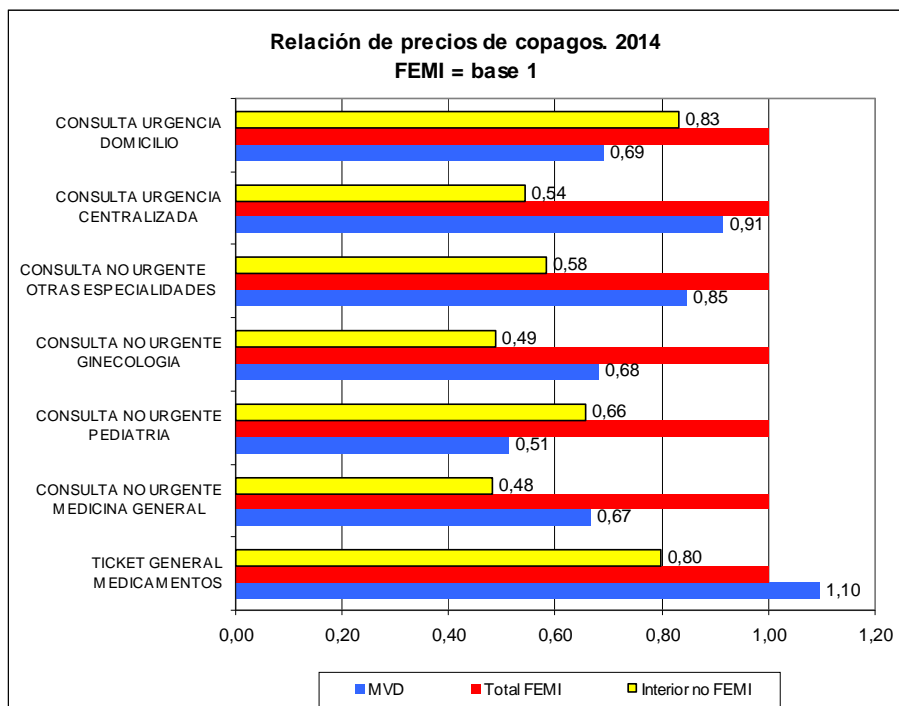
CONCEPTO (nomenclatura PIAS Decreto 465/08)		Promedio FONASA						
		MVD	FEMI Norte	FEMI Oeste	FEMI Este	FEMI Sur	Total FEMI	Interior no FEMI
MEDICAMENTOS								
TICKET DE MEDICAMENTOS - GENERAL		145	135	128	137	122	133	106
TICKET DE MEDICAMENTOS topeados- ANTI HTA		83	79	66	81	78	76	64
CONSULTAS								
Consulta no urgente MEDICINA GENERAL		48	58	70	74	62	72	35
Consulta no urgente PEDIATRIA		27	48	56	53	55	53	35
GINECO-OBSTETRICIA (CONTROL DE EMBARAZO)		48	60	65	66	52	67	35
Consulta no urgente GINECOLOGIA		49	60	65	76	63	72	35
Consulta no urgente OTRAS ESPECIALIDADES		121	105	152	163	97	143	83
Consulta no urgente DOMICILIO		181	246	229	254	226	237	213
Consulta urgencia CENTRALIZADA		174	131	181	221	185	190	103
Consulta urgencia DOMICILIO		262	375	396	373	369	378	315
CONSULTA ODONTOLOGICA		142	234	243	317	274	267	217
CONSULTA MEDICO DE REFERENCIA		40	59	54	42	64	59	16
TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS								
ENDOSCOPIA DIG.	ENDOSCOPIA EGD	404	305	303	235	348	302	629
ECOGRAFIA	ECOGRAFIA SIMPLE	315	204	250	203	205	216	258
	OBSTETRICA	336	205	250	166	205	208	258
ECODOPPLER	ECODOPPLER MM	542	258	421	259	382	338	511
RX S/CONTRASTE ABDOMEN / AP. URINARIO		231	146	253	182	170	189	214
RX SIMPLE TORAX		231	160	226	174	165	182	214
RX C/ CONTRASTE COLORECTAL		318	188	369	201	297	271	313
RNM	UNA REGION	982	539	634	570	668	610	900
TAC	UNA REGION	737	365	500	555	499	482	694
LABORATORIO	RUTINA BASICA	533	411	323	396	345	365	518

Una situación diferente se advierte con relación a los copagos de las técnicas de diagnóstico y tratamiento. En estas en todos los casos los precios promedio de Montevideo y de las IAMC NO FEMI del Interior son superiores al promedio de la FEMI en su conjunto y al de cada una de sus regiones.



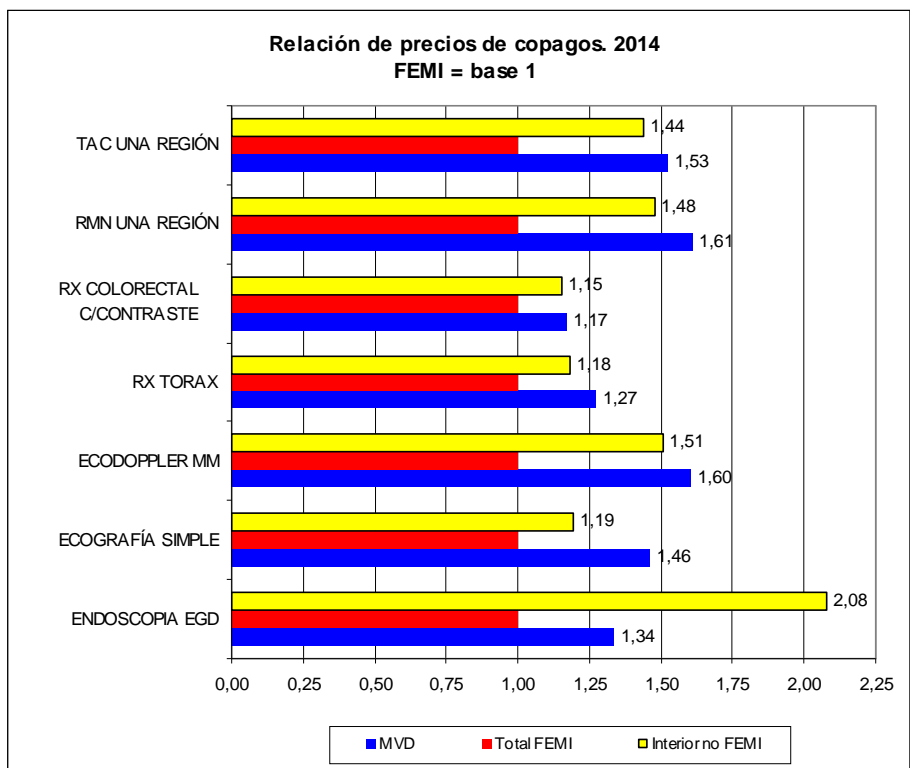


Lo dicho precedentemente, se visualiza de manera más clara en los siguientes gráficos en los que se toma como base 1 el precio promedio de FEMI en su conjunto y se compara con los precios promedios de las IAMC de Montevideo y de las del Interior que no pertenecen a la Federación.



Como puede verse la diferencia con el promedio registrado en las IAMC de Montevideo va desde algo menos de la mitad para el caso de la consulta no urgente en medicina general hasta la consulta de urgencia en domicilio cuyo copago medio en la Capital representa 80% del promedio de la FEMI.

Las diferencias con el precio promedio de las IAMC del Interior que no integran la Federación son menores.



En el caso de las técnicas, los precios promedio de las IAMC de Montevideo son entre 17% (radiografía colorrectal con contraste) y 60% superiores (RMN y ecodoppler de miembros) al precio promedio de la FEMI.

En todo caso las diferencias encontradas evidencian la existencia de una importante dispersión en los precios de los copagos (que incluso al utilizar promedios se hacen menos evidentes). Esta no parece responder solamente a diferencias en la política de copagos de cada institución, es decir a la determinación de precios por debajo del máximo permitido o la aplicación o no del aumento máximo autorizado. La dispersión es menor obviamente en los copagos de las prestaciones más reguladas (consultas con especialidades básicas o medicamentos) y es mayor en el caso de las prestaciones menos reguladas, que a la vez son las de mayor precio de copago (consultas con especialistas y técnicas de diagnóstico y tratamiento).

En los cuadros que siguen se presentan los precios máximos y mínimos registrados para el conjunto del sistema, para las IAMC de la Capital y para las de FEMI, con discriminación entre los valores que corresponden a los afiliados FONASA y No FONASA.

Lo primero que se observa es la existencia de diferencias en los copagos según la modalidad de afiliación. Los individuos que no quedan comprendidos en la cobertura de la seguridad social deben pagar copagos más altos que los cubiertos por el FONASA.

No se considera aquí la situación de las afiliaciones colectivas que aun no fueron ingresadas al FONASA, que en general presentan en sus convenios exoneraciones totales o parciales de copagos o precios por debajo de la tabla nominal de copagos.

En el caso de los medicamentos el copago general va desde \$19 en algunas instituciones hasta un precio diez veces mayor en otras para el caso de los afiliados por FONASA.

En el caso de las consultas no urgentes que como se ya se vio tienen un precio máximo fijado, el rango es más acotado (de precio cero a \$ 81). Es decir, existen instituciones que no cobran copagos y otras que se "pegan" al techo.

El copago por las consultas urgentes y las no urgentes con especialistas, es decir las menos reguladas, se mueven en un rango de cero a \$ 488.

Por último, el rango de los copago de las técnicas va de un mínimo de \$ 67 a un máximo de \$ 1.167. Es decir que existen instituciones que cobran por algunas técnicas un precio hasta 17 veces mayor que otras.

Si se consideran los máximos y mínimos registrados a nivel de FEMI y del conglomerado de empresas de Montevideo, se observa que pese a que en la Federación el promedio del copago de consultas es más alto que en la Capital, el rango de variación de los precios es más acotado en el caso de los medicamentos aunque no sucede lo mismo con las consultas urgentes.

Los rangos de variación de los precios de los copagos por técnicas son prácticamente iguales en FEMI y en Montevideo, si bien como se señaló el precio promedio es más bajo en la primera.

Efecto de los copagos sobre la demanda

A partir del inicio de la reforma se han establecido exoneraciones o modulaciones a la baja en el precio de copagos asociados a prestaciones preventivas y a los controles médicos a efectos de mejorar el acceso a estas prestaciones. Si bien no se ha medido el impacto que estas medidas han tenido sobre el nivel de demanda parece existir en

los últimos años un aumento del consumo de servicios que podría relacionarse con las mismas, sin que hubiera contrapartida financiera a nivel de la cápita.

Si se calculan las tasas de uso por grupos de edad y sexo a partir de los datos de producción asistencial según estas dos variables, publicados por el MSP en noviembre de 2013 para los años 2007 a 2012, se puede observar un comportamiento disímil según los grupos que se consideren y el tipo de prestación asistencial.

Para el caso de las consultas en policlínica se observa que el crecimiento anual de la tasa de uso (número de consultas por afiliado al año) en los grupos de mujeres de entre 15 y 44 años es la más elevada en comparación con los restantes grupos, seguida del crecimiento en los dos grupos de menores de un año.

Estos hechos pueden obedecer a múltiples causas. Dentro de estas puede pensarse que las medidas tendientes a moderar el efecto de los copagos en las consultas ginecológicas y de control de embarazo, la eliminación del copago para los exámenes de laboratorio a las embarazadas y la disminución del copago en el control del recién nacido y el menor de un año, podrían tener su incidencia y contribuirían a explicar en parte, el incremento de demanda observado. Si esto fuese así habría un mejor acceso a las consultas de parte de estos grupos.

Sin embargo, el análisis de la evolución de las tasas de uso de la emergencia y urgencia centralizada muestra para el mismo período, un incremento más homogéneo para todos los grupos y de mayor magnitud que el registrado en el caso de las consultas en policlínica. Los grupos de edad y sexo cuya tasa de uso del servicio de urgencia centralizada aumentó más en los seis años considerados coinciden con los que lo hicieron en la consulta de policlínica.

Nuevamente es necesario remarcar que no es posible sacar conclusiones respecto al efecto de los copagos en estos comportamientos debido a que existe una multiplicidad de factores que intervienen e inciden en estos aspectos. No obstante deben ser tenidos en cuenta al menos como elementos de contexto tanto sea para el rediseño del sistema de copagos como para su análisis.

Si el efecto buscado por el MSP con las medidas relacionadas con los copagos, reseñadas líneas arriba, era mejorar el acceso a las consultas coordinadas, los datos recién mencionados sólo lo corroborarían en parte en el caso de las mujeres de 15 a 44 años y en menores de un año, pero los datos referidos a la consulta de urgencia centralizada estaría indicando que no ha sido suficiente para redireccionar la demanda hacia la policlínica.

Tasa de crecimiento anual de la tasa de uso de consultas en policlínica. 2007 - 12			Tasa de crecimiento anual de la tasa de uso de consultas en urgencia centralizada. 2007 - 12		
SEXO	EDAD	porcentaje	SEXO	EDAD	porcentaje
SEXO MASCULINO	< 1	1,52	SEXO MASCULINO	< 1	2,28
	1 a 4	-2,32		1 a 4	-1,68
	5 a 14	-3,69		5 a 14	-2,12
	15 a 19	1,45		15 a 19	2,39
	20 a 44	1,62		20 a 44	4,35
	45 a 64	0,56		45 a 64	2,36
	65 a 74	-0,56		65 a 74	0,78
	> 74	-0,01		> 74	-0,34
	Total	0,09		Total	2,75
SEXO FEMENINO	< 1	1,69	SEXO FEMENINO	< 1	2,74
	1 a 4	-1,70		1 a 4	-1,63
	5 a 14	-3,28		5 a 14	-0,87
	15 a 19	1,84		15 a 19	3,02
	20 a 44	2,19		20 a 44	4,70
	45 a 64	0,91		45 a 64	2,24
	65 a 74	0,80		65 a 74	2,21
	> 74	0,43		> 74	0,47
	Total	-0,13		Total	2,98
TOTAL	-0,03	TOTAL	2,87		

Adicionalmente, la promoción del acceso a los controles médicos o a los estudios de prevención secundaria produce un efecto paradójico para quienes tienen un resultado positivo de dichos exámenes en la accesibilidad a los restantes servicios ya que deben pagar la totalidad de los copagos por las técnicas de tratamiento ambulatorio.

Los copagos como instrumento de financiamiento

A nivel de las IAMC el cobro de copagos en el año 2005 representaba casi 12% del total de los ingresos operativos netos (casi 13% en Montevideo y 10% en el Interior).

Las sucesivas medidas adoptadas respecto a los precios de los copagos, incluyendo exoneraciones y determinación de topes, han determinado en gran medida una caída sostenida del peso relativo de los copagos en la estructura de ingresos de las empresas, sobre todo en Montevideo.

En el año 2012, las tasas moderadoras constituyeron algo menos de 9% del total de ingresos, manteniéndose una diferencia de menor magnitud que en el año 2005 entre el Interior y la Capital. En Montevideo los copagos alcanzaban en ese año 9.4% de los ingresos y en el Interior 7,5%. La diferencia de la incidencia de los copagos en los ingresos entre las empresas de la Capital y del Interior del país, bajo de 3% a 1,9%.

Esto significa que del año 2005 al año 2012, la participación de los copagos en los ingresos decrece 27% en Montevideo y 24% en el Interior. El descenso más marcado se verifica en las órdenes en Montevideo cuya incidencia en los ingresos pasa de ser 3,2% a 1,8% (un descenso en términos porcentuales de 43%).

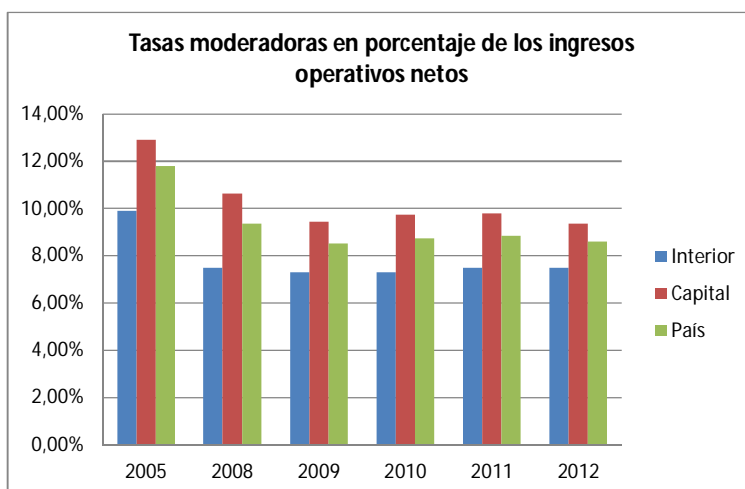
La mayor caída de los ingresos por copagos en términos relativos al total de ingresos operativos se registra en el período que va del año 2005 al 2008 (en términos globales para el conjunto del sistema se verifica una caída de 11,8% a 9,4%), Entre los años 2008 y 2012, esa caída es de sólo 0,8 puntos, es decir de 9.4 a 8.6%.

Ordenes y tiques en porcentaje de los ingresos operativos netos. IAMC. 2005 - 2012

Año	Interior			Capital			País		
	Ordenes	Tiques	Total tasas	Ordenes	Tiques	Total tasas	Ordenes	Tiques	Total tasas
2005	1,79%	8,11%	9,90%	3,17%	9,74%	12,91%	2,65%	9,13%	11,78%
2008	1,65%	5,83%	7,48%	2,84%	7,79%	10,63%	2,36%	7,00%	9,36%
2009	1,59%	5,70%	7,29%	2,33%	7,11%	9,44%	2,01%	6,50%	8,51%
2010	1,53%	5,78%	7,31%	2,32%	7,42%	9,74%	2,00%	6,75%	8,75%
2011	1,52%	5,98%	7,50%	2,14%	7,64%	9,78%	1,88%	6,96%	8,84%
2012	1,47%	6,03%	7,50%	1,81%	7,55%	9,36%	1,67%	6,93%	8,60%

Las órdenes corresponden a los copagos por consultas (en consultorio y en domicilio no urgente y de urgencia centralizada y domiciliaria).

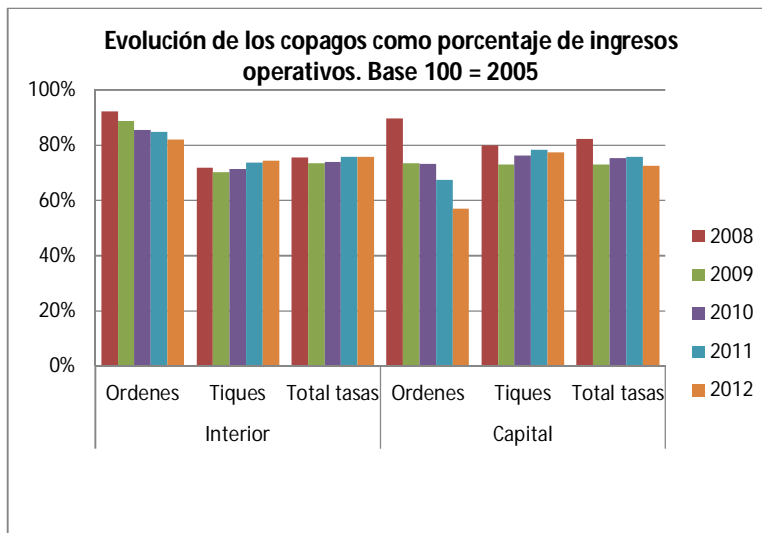
Los tiques corresponden a los copagos por medicamentos y técnicas de diagnóstico y tratamiento.



La evolución de los copagos ha sido diferente según se considere cada una de las dos categorías en que se agrupan (órdenes y tiques) y de acuerdo a la región que se tome en cuenta (Montevideo e Interior). En este último sentido, la participación de los copagos en los ingresos tiende a confluir, particularmente en el grupo de las órdenes de consulta que representan 1,5% y 1,8% para el Interior y la Capital respectivamente, del total de ingresos en el año 2012. Es decir, sólo existe una diferencia de 0,3% entre una y otra incidencia.

Evolución de los copagos como porcentaje de los ingresos operativos. (100=2005)

Año	Interior			Capital			País		
	Ordenes	Tiques	Total tasas	Ordenes	Tiques	Total tasas	Ordenes	Tiques	Total tasas
2005	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2008	92%	72%	76%	90%	80%	82%	89%	77%	79%
2009	89%	70%	74%	74%	73%	73%	76%	71%	72%
2010	85%	71%	74%	73%	76%	75%	75%	74%	74%
2011	85%	74%	76%	68%	78%	76%	71%	76%	75%
2012	82%	74%	76%	57%	78%	73%	63%	76%	73%



Diferencia entre Montevideo e Interior de la participación de los copagos en los ingresos operativos. 2005 - 2012

Año	Capital - Interior		
	Ordenes	Tiques	Total tasas
2005	1,4%	1,6%	3,0%
2008	1,2%	2,0%	3,2%
2009	0,7%	1,4%	2,2%
2010	0,8%	1,6%	2,4%
2011	0,6%	1,7%	2,3%
2012	0,3%	1,5%	1,9%

En suma

El sistema de copagos del SNIS está basado en el pago por acto en el momento de su consumo y presenta adicionalmente un esquema de coseguro para un determinado colectivo de afiliados (sustitutivo de tiques).

Servicios y prestaciones incluidos

Abarca un conjunto de servicios ambulatorios, tanto de consultas coordinadas (que incluye controles pautados) como de consultas urgentes a demanda del usuario, y técnicas de diagnóstico y tratamiento derivadas de esas consultas.

Se aplica además sobre la dispensación de medicamentos de la atención ambulatoria (lo cual se vincula con la inclusión del medicamento en la cobertura del seguro integral lo que configura un diferencial del sistema a nivel internacional).

Se trata de un paquete de prestaciones definido de forma poco planificada que se ha ido generando históricamente por aposición, y que no discrimina entre el consumo que depende de la decisión del usuario del que deviene de las decisiones del profesional.

Precios

El sistema de copagos presenta una marcada dispersión de precios y distintos criterios de aplicación que hacen que estos sean diferentes según el tipo de cobertura de los afiliados y no en función de su capacidad de pago (a excepción de lo que sucede en ASSE en la que se asume que todos sus afiliados carecen de capacidad de pago). Todo esto no parece contribuir a la equidad del sistema tanto en términos financieros como de acceso.

Por otra parte, los precios no se relacionan con el costo del servicio objeto del copago.

Efecto sobre la demanda

La aplicación de copagos no ha sido objeto de evaluación en el sentido de valorar su incidencia en la demanda, lo cual como lo reconocen varios autores resulta difícil de realizar. No obstante, podría pensarse que las medidas que en los últimos años se han introducido para regular el precio y el alcance de los copagos han tenido influencia en el incremento de la demanda de algunos colectivos y al mismo tiempo no han sido capaces de moderar el consumo de servicios de ambulatorios de urgencia.

Efecto sobre el financiamiento

Los copagos representan una fuente relevante de financiamiento para las empresas, aunque de cada vez menor importancia en términos relativos. No obstante, la dimensión financiadora de los copagos en el sistema ha sido históricamente más importante que su función moderadora de la demanda.

Regulación general

No se advierte la existencia de una política clara y expresa en materia de copagos, con objetivos de corto y mediano plazo que haga operativa la premisa del artículo 19 de la ley 18.211

Los copagos en los hechos, constituyen el elemento central de la competencia entre instituciones por la preferencia de los usuarios, en gran medida por la inexistencia de incentivos claros a la calidad y de procesos de evaluación de resultados alcanzados por las empresas, que deberían constituir el factor principal de competencia

El sistema de copagos es además asimétrico en tanto el prestador público no aplica copagos a sus afiliados, incluso para aquellos comprendidos en la cobertura del FONASA.

MODELOS ALTERNATIVOS AL SISTEMA DE COPAGOS

Premisas de partida

Lo primero que debe definirse es una política de copagos para el conjunto del SNIS, que haga explícitos sus objetivos y los incentivos que pretende introducir en el sistema.

En este sentido se entiende que el rediseño del sistema de copagos debería priorizar su dimensión como instrumento hábil para moderar la demanda y particularmente para desestimular la demanda innecesaria, dejando en un plano secundario su capacidad como co-financiador de los servicios.

Los copagos deberían diseñarse de forma tal de evitar que su aplicación afecte la equidad en su doble dimensión, financiera y prestacional, y minimizar su eventual efecto negativo sobre la accesibilidad a los servicios.

Sin embargo, este enfoque implica previamente definiciones claras y explícitas por parte del regulador en cuanto al sistema de financiamiento de las empresas. Concretamente se trata de si los copagos van a seguir jugando un rol importante en la estructura de ingresos de las empresas o si ésta quedará limitada casi exclusivamente al cobro de las cápit. Visto de otra forma, debe definirse a la luz de eventuales restricciones fiscales si es posible disminuir sensiblemente el pago directo del bolsillo o cuál es el límite deseado de financiamiento a través de este mecanismo.

No es posible analizar una eventual modificación del sistema de copagos si no se lo hace desde una perspectiva más amplia que abarque el análisis de la forma de financiamiento del sistema.

Adicionalmente se entiende que el sistema de copagos debería alcanzar al universo de las instituciones que conforman el SNIS, en el entendido que el carácter "integrado" del sistema apunta a que las reglas que lo modulan sean homogéneas.

Por último el modelo de copagos debería contemplar instancias de evaluación periódica que permita conocer su pertinencia o la de la aplicación a determinados servicios, fundamentalmente con relación a la efectividad de las prestaciones alcanzadas por este instrumento.

En este sentido además, debe tenerse presente que la aplicación de precios únicos de copagos para una misma prestación afecta de desigual manera a los individuos según su capacidad de pago y según su situación de salud. Por tanto debería apuntarse a la instrumentación de mecanismos de copagos diferenciales según estas variables.

Desde un punto de vista operativo, se cree conveniente que el modelo de copagos al menos en esta etapa sea de diseño sencillo y que no suponga costos de administración

elevados ni para las instituciones ni para el regulador. En el futuro podrán hacerse ajustes o agregar complejidades que mejoren su condición moderadora de demanda sin afectar el acceso.

A partir de estas premisas de partida se presenta lo que se considera debería ser el modelo objetivo a alcanzar en el mediano plazo, sabiendo que su instrumentación integral inmediata puede resultar de escasa factibilidad.

Regulación general

La regulación del sistema de copagos debería ser única para el conjunto de empresas del SNIS sobre todo en cuanto a las prestaciones incluidas y el precio máximo de cada una de ellas, desligando su aplicación de la forma o modalidad de afiliación de los individuos o el tipo de institución que le brinda la cobertura asistencial.

En este último sentido, parece lógico que ASSE y los seguros privados, en tanto integrantes del SNIS estuviesen alcanzados por la normativa general de copagos como cualquier otra institución.

En este mismo sentido parece razonable que en tanto se apunta a la universalización de la cobertura a través del FONASA, se avance en la aplicación de iguales precios de copagos a todos los afiliados con independencia de su modalidad de afiliación.

Se entiende que este aspecto es posible de implementar en el corto plazo.

Tipos de copagos

En este punto no parece necesario introducir innovaciones y dejar el modelo sustentado en el copago por acto o prestación. Los sustitutos de tiques que como se mencionó operan como co-seguro, podría ser un instrumento a considerar, sea en la modalidad en la que queda a cargo de un tercer pagador (FONASA) para aquellos individuos sin capacidad de pago, o en el modelo de pago a cargo del propio usuario.

Servicios y prestaciones incluidas en el sistema de copagos

El modelo de largo plazo.

En primer lugar es preciso señalar que parece conveniente mantener el criterio histórico de aplicación de copagos sólo a prestaciones ambulatorias.

Sin embargo debería apuntarse a habilitar su aplicación sólo a las prestaciones ambulatorias cuyo consumo depende de la decisión del usuario y evitar los copagos en aquellos servicios que no depende de ella y que resultan de la indicación profesional. Esto implica a futuro la eliminación de los copagos por procedimientos diagnósticos y terapéuticos y por los medicamentos que se derivan de las consultas.

De esta manera se apunta a no afectar la equidad en el acceso a los individuos que son portadores de patologías crónicas.

Este escenario, que surge sobre todo teniendo en cuenta las expectativas del usuario, tiene como contrapartida institucional un enorme desafío en términos de gestión clínica y administrativa. Las empresas deberán instrumentar mecanismos de evaluación sea ex post o ex ante, de los niveles de consumo de los usuarios y de la pertinencia de las indicaciones médicas, además de organizar dispositivos que involucren a los profesionales en la gestión institucional desde su perspectiva clínica.

El mantenimiento de los copagos a los servicios cuyo uso depende de la decisión del usuario intenta modular el uso innecesario de los servicios de policlínica y urgencia / emergencia, en tanto se trata de las puertas de entrada a la utilización del resto de las prestaciones.

Dentro de este conjunto de servicios, debería diferenciarse la utilización de servicios de urgencia de aquellos que son de coordinación en policlínica, que en cierta medida son para el usuario servicios sustitutos (aunque técnicamente no lo sean). Por ello el copago en policlínica debería ser sensiblemente menor que el copago por consultas de urgencia sabiendo que se corre el riesgo de limitar el acceso a este tipo de consulta y que no es posible modificar un comportamiento inveterado del usuario en cuanto al consumo de la atención en urgencia que responde a múltiples causas, a través de un solo instrumento (el copago).

Igual consideración en cuanto a la conducta de los usuarios merece una eventual diferenciación de los copagos para la consulta con medicina general y con especialidades médicas o quirúrgicas, a efectos de orientar la demanda hacia la primera. Puede pensarse en la necesidad de aplicar copagos en aquellas consultas con especialistas que no surgen como derivación desde el médico general, pero ello afectaría a los pacientes que por el nivel de complejidad de su patología siguen un tratamiento y supervisión a cargo de un médico especialista. Discriminar estas dos situaciones a efectos de diferenciar la aplicación de copagos en una y no hacerlo en la otra, puede constituir una instancia de instrumentación de mediano plazo.

Criterios para la transición.

Parece obvio que las modificaciones que implica esta propuesta merece un proceso de transición por etapas ya que la eliminación de copagos por procedimientos y medicamentos tiene un impacto relevante en el financiamiento de las empresas y del sistema.

Si se asume como posible el modelo de largo plazo planteado, entonces se deberían definir ámbitos de evaluación de los copagos vigentes de manera tal de identificar aquellas prestaciones que hoy día están alcanzadas por ellos y que prioritariamente

deberían exonerarse. Estas exoneraciones deberían determinarse en función de tres variables principales: las características del servicio o prestación en términos de efectividad demostrada, el nivel de utilización por parte de los usuarios y el precio de su copago de forma tal de poder evaluar además el impacto en la estructura de financiamiento y gasto de las instituciones.

Los servicios o prestaciones cuya efectividad está demostrada no deberían estar alcanzados por los copagos en tanto se supone que se trata de intervenciones de salud cuya utilización en las condiciones de indicación apropiadas, debe asegurarse.

Los de efectividad no demostrada o de dudosa efectividad podrían ser objeto de copago ya que en caso que estos afecten potencialmente el acceso lo estarían haciendo en relación a servicios que no agregan valor o lo hacen de manera marginal.

Este enfoque implica que en lo inmediato no se siga exonerando prestaciones del cobro de copagos ni introduciendo nuevos servicios al PIAS sin financiamiento genuino (sea por ajustes en la cápita o cofinanciando parte de su costo mediante un copago) sin la existencia de dicho ámbito. Existe evidencia de la insuficiencia de los precios actuales de las cápitas y de los costos adicionales que ha ocasionado el sistema de cumplimiento de metas prestacionales, lo que sumado a las medidas adoptadas de exoneración de tasas moderadoras sin contemplar su impacto en la caída del ingreso y el aumento del gasto por incremento de la demanda en las instituciones, genera un escenario de incertidumbre financiera.

Es preciso señalar que sea cual sea la orientación que tenga el sistema de copagos, este refiere sólo al conjunto de prestaciones que integran el PIAS y por tanto no alcanza a todas aquellas prestaciones (ambulatorias o de internación, incluidos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos y los medicamentos) que no se encuentran comprendidas en él, pero que están habilitadas por el MSP. Es decir, todo aquello que las instituciones ofrecen por fuera del conjunto de servicios a los que están obligados, queda comprendido dentro del margen de discrecionalidad de las empresas en cuanto al tipo y monto del copago.

Precios

Debería existir una única tabla de precios de copagos a aplicar en el SNIS. Sin embargo a efectos de contemplar la capacidad de pago de los individuos debería establecerse en función de ella precios diferenciales.

De mantener la potestad de las empresas de fijar precios por debajo del máximo autorizado por el Poder Ejecutivo, el efecto de equidad buscado con la instrumentación de precios diferenciados podría no verificarse si las instituciones deciden determinar un precio único por debajo del máximo del precio más bajo o directamente exonerar el copago. Por ello se plantea que para cada franja de usuarios

que se defina en función de su capacidad de pago, se establezca un precio máximo y uno mínimo creando de esta manera una franja dentro de la cual cada empresa podrá fijar el precio para cada grupo.

Se entiende que de esta manera las instituciones podrán seguir compitiendo en función del precio de sus copagos pero de manera más acotada. Esto no debería ser un eximente para que el regulador avance en la formulación y aplicación de una política de incentivos y evaluación de la calidad de la atención que transforme a esta última como la principal variable de competencia.

Impacto sobre la sostenibilidad de las prestaciones

Como ya se ha señalado todo cambio en el modelo de copagos que suponga reducciones de precios o eliminación de copagos debe evaluarse de forma previa a su aplicación de manera tal de cuantificar su impacto en los ingresos (caída) y en los ingresos (aumento) de las empresas, a fin de contemplar dicho impacto en el precio de la cápita.

En este sentido resulta claro que avanzar en la definición de un cambio en el modelo de copagos como el que se plantea en este documento exige una planificación que contemple la realización de estos estudios y un cronograma explícito de la instrumentación del cambio que guíe la transición hacia el modelo final.

ANEXO I.

PRECIOS DE COPAGOS – TOTAL PAIS ENERO 2014

CONCEPTO (nomenclatura PIAS Decreto 465/08)		PRECIOS MAXIMOS Y MINIMOS TOTAL PAIS				
		Rango Fonasa		Rango No Fonasa		No Fonasa / Fonasa
MEDICAMENTOS		Min	Máx	Min	Máx	
TICKET DE MEDICAMENTOS - GENERAL		19	184	109	184	1,07
TICKET DE MEDICAMENTOS topeados- ANTIHTA		19	84	19	84	1,02
TICKET DE MEDICAMENTOS exonerados- ANTIPSCOTICOS		19	19	19	19	1,00
TICKET DE MEDICAMENTOS exonerados- REG. DE GLICEMIA		19	19	19	19	1,00
CONSULTAS						
CONSULTA NO URGENTE CONSULTORIO: MEDICINA GENERAL		0	81	50	81	1,27
CONSULTA NO URGENTE CONSULTORIO: PEDIATRIA		0	76	0	76	1,13
CONTROL DE EMBARAZO		0	77	0	77	1,28
CONSULTA NO URGENTE CONSULTORIO: GINECOLOGIA		0	78	40	78	1,27
CONSULTA NO URGENTE CONSULTORIO: OTRAS ESPECIALIDADES		0	234	80	428	1,34
CONSULTA URGENCIA CENTRALIZADA		0	488	102	488	1,23
CONSULTA NO URGENCIA DOMICILIO		0	365	102	365	1,14
CONSULTA URGENCIA DOMICILIO		0	609	123	609	1,11
CONSULTA ODONTOLOGICA		0	444	0	444	1,12
CONSULTA SALUD MENTAL	MODO 1	0	0	0	0	0,00
	MODO 2	229	231	229	231	1,00
	MODO 3	74	76	74	76	1,00
	COMITE RECEPCION	73	76	73	76	1,00
	ENTREVISTA COORDINADOR	0	76	0	76	1,00
CONSULTA MEDICO DE REFERENCIA		0	77	0	77	1,25
TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS						
ENDOSCOPIA DIG.	ENDOSCOPIA ESOFAGOGASTRODUODENAL	67	954	67	954	1,06
ECOGRAFIA	ECOGRAFIA SIMPLE	67	486	67	591	1,07
	OBSTETRICA	67	486	67	591	1,07
ECODOPPLER	MIEMBROS (II / SS) ART/ VEN	67	1167	67	1167	1,06
RX S/CONTRASTE	ABDOMEN / APARATO URINARIO SIMPLE	67	486	67	550	1,11
	TORAX	67	486	67	550	1,11
RX C/CONTRASTE	COLORECTAL	67	1167	67	1167	1,05
RNM	UNA REGION	67	1167	67	1167	1,04
TAC	UNA REGION	67	1167	67	1167	1,03
LABORATORIO	RUTINA BÁSICA	67	1111	67	1111	1,07

PRECIOS DE COPAGOS – FEMI. ENERO 2014

CONCEPTO (nomenclatura PIAS Decreto 465/08)		PRECIOS MAXIMOS Y MINIMOS FEMI				
		Rango Fonasa		Rango No Fonasa		No Fonasa / Fonasa
MEDICAMENTOS		Min	Máx	Min	Máx	
TICKET DE MEDICAMENTOS - GENERAL		78	162	109	162	0,96
TICKET DE MEDICAMENTOS topeados- ANTIHTA		19	84	19	84	0,99
TICKET DE MEDICAMENTOS exonerados- ANTIPSICOTICOS		19	19	19	19	1,00
TICKET DE MEDICAMENTOS exonerados- REG. DE GLICEMIA		19	19	19	19	1,00
CONSULTAS						
CONSULTA NO URGENTE CONSULTORIO: MEDICINA GENERAL		0	77	50	77	0,94
CONSULTA NO URGENTE CONSULTORIO: PEDIATRIA		0	76	0	76	0,99
CONTROL DE EMBARAZO		0	77	0	77	0,92
CONSULTA NO URGENTE CONSULTORIO: GINECOLOGIA		0	78	40	78	0,93
CONSULTA NO URGENTE CONSULTORIO: OTRAS ESPECIALIDADES		0	234	80	234	0,88
CONSULTA URGENCIA CENTRALIZADA		0	315	102	315	0,91
CONSULTA NO URGENCIA DOMICILIO		102	362	102	362	0,97
CONSULTA URGENCIA DOMICILIO		123	609	123	609	0,94
CONSULTA ODONTOLOGICA		87	444	87	444	0,97
CONSULTA SALUD MENTAL	MODO 1	0	0	0	0	0,00
	MODO 2	229	231	229	231	1,00
	MODO 3	74	76	74	76	1,00
	COMITE RECEPCION	74	76	74	76	1,00
	ENTREVISTA COORDINADOR	0	76	0	76	0,99
CONSULTA MEDICO DE REFERENCIA		0	77	0	77	0,94
TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS						
ENDOSCOPIA DIG.	ENDOSCOPIA ESOFAGOGASTRODUODENAL	67	658	67	658	0,98
ECOGRAFIA	ECOGRAFIA SIMPLE	67	486	67	486	0,93
	OBSTETRICA	67	486	67	486	0,94
ECODOPPLER	MIEMBROS (II / SS) ART / VEN	67	1167	67	1167	0,87
RX S/CONTRASTE	ABDOMEN / APARATO URINARIO SIMPLE	67	486	67	486	0,90
	TORAX	67	486	67	486	0,89
RX C/CONTRASTE	COLORECTAL	67	1167	67	1167	0,76
RNM	UNA REGION	67	1167	67	1167	0,96
TAC	UNA REGION	67	1167	67	1167	0,84
LABORATORIO	RUTINA BASICA	67	600	67	600	0,93

PRECIOS DE COPAGOS – MONTEVIDEO. ENERO 2014

CONCEPTO (nomenclatura PIAS Decreto 465/08)		PRECIOS MAXIMOS Y MINIMOS MONTEVIDEO				
		Rango Fonasa		Rango No Fonasa		No Fonasa / Fonasa
MEDICAMENTOS		Min	Máx	Min	Máx	
TICKET DE MEDICAMENTOS - GENERAL		83	184	131	184	1,11
TICKET DE MEDICAMENTOS topeados- ANTIHTA		76	84	76	84	1,00
TICKET DE MEDICAMENTOS exonerados- ANTIPSICOTICOS		19	19	19	19	1,00
TICKET DE MEDICAMENTOS exonerados- REG. E GLICEMIA		19	19	19	19	1,00
CONSULTAS						
CONSULTA NO URGENTE CONSULTORIO: MEDICINA GENERAL		0	81	66	81	1,54
CONSULTA NO URGENTE CONSULTORIO: PEDIATRIA		0	75	0	76	1,25
CONTROL DE EMBARAZO		0	76	66	76	1,54
CONSULTA NO URGENTE CONSULTORIO: GINECOLOGIA		0	78	66	78	1,53
CONSULTA NO URGENTE CONSULTORIO: OTRAS ESPECIALIDADES		0	227	104	231	1,52
CONSULTA URGENCIA CENTRALIZADA		0	488	105	488	1,47
CONSULTA NO URGENCIA DOMICILIO		0	365	192	365	1,59
CONSULTA URGENCIA DOMICILIO		0	488	260	488	1,51
CONSULTA ODONTOLOGICA		0	365	0	365	1,65
CONSULTA SALUD MENTAL	MODO 1	0	0	0	0	0,00
	MODO 2	229	229	229	229	1,00
	MODO 3	74	74	74	74	1,00
	COMITE RECEPCION	73	74	73	74	1,00
	ENTREVISTA COORDINADOR	0	74	0	74	1,00
CONSULTA MEDICO DE REFERENCIA		0	76	0	76	1,50
TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS						
ENDOSCOPIA DIG.	ENDOSCOPIA ESOFAGOGASTRODUODENAL	67	767	258	787	1,19
ECOGRAFIA	ECOGRAFIA SIMPLE	67	463	188	463	1,07
	OBSTETRICA	67	479	188	479	1,06
ECODOPPLER	MIEMBROS (II / SS) ART/ VEN	67	1167	193	1167	1,16
RX S/CONTRASTE	ABDOMEN / APARATO URINARIO SIMPLE	67	344	172	344	1,17
	TORAX	67	344	172	344	1,17
RX C/CONTRASTE	COLORECTAL	67	759	193	759	1,15
RNM	UNA REGION	67	1167	387	1167	1,12
TAC	UNA REGION	67	1167	386	1167	1,08
LABORATORIO	RUTINA BASICA	129	1111	340	1111	1,12

ANEXO II.

FINANCIAMIENTO y COPAGOS DE LOS SISTEMAS SANITARIOS EN LA UNIÓN EUROPEA.

(breve reseña en relación al tema).

En los siguientes países:

- Bélgica, Francia, Luxemburgo, Finlandia, Grecia, Portugal o Suecia.

Los pacientes en estos países están obligados a un copago en la asistencia sanitaria de Atención Primaria y Especializada ambulatoria.

- España, Reino Unido y Dinamarca son la excepción, (por ahora), ya que sus habitantes no tienen que pagar ni por consulta de Atención Primaria, ni por la especializada ambulatoria, ni por urgencias, ni por el ingreso hospitalario.

Existen excepciones:

- En Italia tienen que pagar por acudir a Urgencias y tener asistencia especializada ambulatoria; en Austria por urgencias y el ingreso hospitalario, y, finalmente, en Luxemburgo el acudir a urgencias no tiene ningún tasa. Solo en Irlanda esta atención es gratuita para determinados colectivos.
- En general en Europa lo que podría denominarse como sanidad pública se configura siguiendo dos grandes patrones, uno en torno a Sistemas de Seguridad Social financiados por cotizaciones sociales obligatorias y otro basado en Sistemas Nacionales de Salud financiados a través de los impuestos, como sería el caso de España.

DIFERENTES MODELOS DE FINANCIACIÓN.

REINO UNIDO.

El sistema nacional está financiado principalmente a través de impuestos, con un limitado papel de otros seguros. Básicamente gratuito en el lugar de asistencia.

- Funciona como 4 SNS independientes de los países que lo integran.
- Está implantado el copago para medicamentos extra-hospitalarios, con excepciones: niños, personas con bajos ingresos, embarazadas, mayores de 60, y personas con enfermedades crónicas.

ITALIA.

Tiene cobertura "teóricamente" universal y financiación a través de impuestos, que son las regiones las que tienen responsabilidad sobre su organización.

- El informe destaca que, por este motivo, "existen marcadas diferencias socioeconómicas entre el norte y el sur". La principal fuente de financiación son los impuestos generales, complementado con impuestos a los empresarios en las regiones y con el IVA.
- La financiación pública supone el 75 por ciento del gasto.
- Algunos procedimientos diagnósticos, medicamentos, visitas al especialista o el uso innecesario de las emergencias, son pagados directamente por los pacientes.
- Aunque, tiene grupos exentos de estos pagos como son los mayores de 65 años, personas con ingresos familiares menores de 36.152 euros, personas con enfermedades crónicas o raras, discapacitados y otros grupos de similares características.

SUECIA.

Financia su sistema de salud a partir de impuestos locales complementados con algunos nacionales.

- La financiación de AP, Hospitales y Salud mental depende de los condados, mientras que las atención socio sanitaria (domiciliaria y enfermería) dependen de los ayuntamientos.
- La Agencia Sueca de Seguridad Social no dispone de ningún listado de prestaciones sanitarias básicas o esenciales.

- Existe copago para la mayoría de los servicios, aunque los niños están excluidos.
- Existe un máximo anual de aproximadamente 100 euros para servicios sanitarios y de 200 euros para medicamentos.
- Hay ayudas para servicios de salud dental.
- Las cantidades de copago las fijan los condados aunque el límite máximo está establecido a nivel nacional.

ALEMANIA.

Existe un sistema obligatorio de salud con multitud de cajas tanto públicas como privadas y una mezcla de oferta de servicios también pública y privada.

- Cerca del 88 por ciento de la población está cubierta por un seguro obligatorio y el resto por privado- es el caso de los autónomos y personas con altos salarios que pagan un seguro voluntariamente- o por seguros de tipo beneficencia.
- Existe un copago de 10 euros cada trimestre para primera consulta de Atención Primaria o dentista y la misma cantidad para consulta de especialista; de 10 euros por paciente al día de ingreso hospitalario; un 10 por ciento del precio del medicamento (con mínimo de 5€ y máximo de 10€).
- Llama la atención que la Atención Primaria se provee fundamentalmente por médicos de familia (94%) que reciben un pago por servicio; y que los especialistas ambulatorios trabajan en forma privada y reciben también un pago por servicio.

FRANCIA.

Tiene un Sistema Nacional de Seguridad Social complementado con elementos de financiación mediante impuestos y contribuciones complementarias voluntarias para cubrir servicios que no se consideran parte de la cartera básica.

- Los pacientes pagan directamente por servicios y recetas, y después recuperan parte del sistema de seguro (excepto para pacientes con enfermedades crónicas o bajos recursos).
- Además pagan 1 euro por visita médica, prueba de laboratorio o de radiología con un tope anual.
- En hospitales hay una tasa fija de 18 euros al día en concepto de catering y en la farmacia se paga una tasa de 0,5 euros por receta con un tope anual.
- Los pacientes pagan directamente por los servicios, excepto para pacientes con enfermedades crónicas y bajos recursos y otros grupos y después recuperan

parte del sistema de seguro, para ello puede recuperar entre el 60 y el 80 por ciento del total.

PAÍSES BAJOS.

Existe un seguro obligatorio de enfermedad, para personas con ingresos inferiores a 30.700 euros que cubre a un 85% de la población e incluye los servicios básicos. Aquellos por encima de esa cifra, necesitan un seguro privado. Los empleados públicos tienen un seguro especial. Además, hay un suplemento voluntario para cuidados considerados poco necesarios.

GASTO SANITARIO.

(Datos de 2009).

España presenta un gasto sanitario total moderado en relación con el resto de países de UE-15.

- Se empleó en sanidad un 9,5 por ciento del PIB, uno de los porcentajes más bajos del conjunto de UE-15.
 - Sólo por encima de Luxemburgo (7,8%) y Finlandia (9,2%).
 - En el otro extremo, se encuentran países como Francia, Alemania y Países Bajos, con un 12% del PIB dedicado a sanidad.
 - El gasto sanitario registra una tendencia ascendente en el conjunto de la UE-15, con incrementos entre 1 y 3 puntos porcentuales sobre el PIB respectivo en el conjunto europeo.
 - Los países con mayores incrementos en la última década fueron Irlanda (3,4), Países Bajos (3,9) y Reino Unido (2,9), mientras, España incrementó su gasto en 2,2 puntos porcentuales.
-

BIBLIOGRAFÍA.

1. Pauly (1968) y Remler et al. (1997)
2. Cabasés, Juan M.: La financiación de la sanidad pública, s.d. [Documento electrónico en www.ajs.es.
3. González López Valcárcel, B. ¿Qué sabemos del impacto de los copagos en atención sanitaria sobre la salud? Evidencia y recomendaciones en “La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria”. Informes FRC 1. Fundación Rafael Campalans, pp 103. 2007
4. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Copago. Conclusiones desde la evidencia científica. 2010, Documentos SemFYC Nº 29. pp 11.
5. Puyol González, A. Ética y racionalidad de la contribución financiera del usuario de la sanidad pública, en “La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria”. Informes FRC 1. Fundación Rafael Campalans, pp 39 - 42
6. Puig Junoy, Jaume. Los mecanismos de copago en servicios sanitarios: cuando, cómo y porqué. Departament d’Economia i Empresa Universitat Pompeu Fabra. 2001-02-19. Pp
7. Bishai, D.M. and H.C. Lang (2000), The willingness to pay for wait reduction: the disutility of queues for cataract surgery in Canada, Denmark, and Spain, *Journal of Health Economics*, 19: 219-230.
8. Brook, R.H. et al (1983), Does Free care Improve Adults’ Health?, *The New England Journal of Medicine*, 309(23): 1426-34..
9. Chernochovsky, D. (2000), The public-private mix in the modern health care system – Concepts, issues and policy options revisited, Working Paper 7881, NBER, September.
10. Chiappori, P.A. et al (1998), Moral hazard and the demand for physician services: First lessons from a French natural experiment, *European Economic Review*, 42: 499-511.
11. Chiappori P.A. et al (2000), Cost of Time, Moral Hazard, and the Demand for Physician Services, May, mimeo.
12. Danzon P.M. (1997), *“Pharmaceutical Price Regulation. National Policies versus Global Interests”*, The AEI Press: Washington.
13. Danzon P. and Liu H. (1997), *“Reference Pricing and Physician Drug Budgets: The German Experience in Controlling Pharmaceutical Expenditures”*, Working Paper, Philadelphia: The Wharton School.
14. Dickson M. and Redwood, H. (1998), *“Pharmaceutical Reference Prices. How do They Work in Practice?”*, *PharmacoEconomics*, 14(5): 471-9.
15. Ellis, R.P. and T.G. McGuire (1993), Supply-Side and Demand-Side Cost Sharing in Health Care, *Journal of Economic Perspectives*, 7(4): 135-51.

17. Epp, M.J. et al (2000), The impact of direct and extra billing for medical services: evidence from a natural experiment in British Columbia, *Social Science and Medicine*, 51: 691-70
18. European Commission (1998), "*Commission Communication on the Single Market in Pharmaceuticals*", adopted by the Commission on 25 November 1998, Directorate General III – Industry.
19. Evans, R.G. et al (1983), *It's Not the Money, It's the Principle: Why User Charges for Some Services and Not for Others?*, Vancouver: Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia.
20. Feldman, R. and B. Dowd (1991), A new estimate of the welfare loss of excess health insurance, *American Economic Review*, 81: 297-301. Feldstein,