

Un panorama de la contribución financiera del usuario sanitario en Europa

Ana Tur Prats e Iván Planas Miret

Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES) Universitat Pompeu Fabra

57

1. Introducción

Los objetivos por los cuales un país decide introducir una política de corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria (copago) son diversos: contención del gasto sanitario público, eficiencia, movilización de recursos, etc. La importancia relativa de uno o de varios de estos objetivos depende de un conjunto de factores, entre los que destaca el contexto macroeconómico del país y, más concretamente, las perspectivas presupuestarias del Sistema Nacional de Salud o del Sistema de Seguridad Social. Cualquiera que sea la respuesta que se aplique a la anterior afirmación, la principal catapulta que permite a los gobiernos introducir este instrumento, que conlleva generalmente cierto coste político, es la presión financiera de los presupuestos sanitarios. A pesar de que desde el punto de vista teórico lo importante es encontrar evidencia sobre la reducción de la utilización innecesaria (frente a todo tipo de utilización), en muchos casos se priman los resultados en cuanto a la contención de costes. La mayoría de los estudios ven limitadas sus posibilidades de análisis porque analizar la utilización necesaria e innecesaria incluye criterios subjetivos de difícil valoración.

El objetivo de este capítulo es describir las diferentes políticas de corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria en Europa. La mayor parte de los contenidos del artículo están resumidos en la *Tabla 1*, que permite obtener una visión comparada de los distintos sistemas de copago por nivel asistencial.

La participación del usuario en la financiación de la sanidad pública se estructura de distintas maneras en los países miembros de la Unión Europea, Espacio Económico Europeo y Suiza; su diseño puede variar también en función de cuál sea el porcentaje de población cubierta, del funcionamiento del sistema sanitario, del alcance y del

papel del seguro sanitario privado y de los métodos utilizados para pagar a los proveedores.

LA CORRESPONSABILIDAD INDIVIDUAL EN LOS SISTEMAS SANITARIOS EUROPEOS

La corresponsabilidad individual se entiende como aquella parte de la financiación parcial del gasto sanitario que el usuario asume en el momento de consumo, por unos servicios incluidos en la cobertura aseguradora.

58

En la terminología anglosajona existe un concepto que engloba estos y otros pagos realizados por el usuario: *out-of-pocket payments*. Este término incluye todo pago privado por el consumo sanitario excepto las primas a aseguradoras (ya que estas se realizan independientemente del consumo y con anterioridad a que aparezca la necesidad). Estos pagos pueden tomar tres amplias formas¹:

1. *Pagos directos*: pagos por bienes o servicios que no están cubiertos por ningún tipo de seguro.
2. *Participación en el coste*: medida utilizada por la mayoría de seguros sanitarios que exige del individuo cubierto la participación en una parte del coste de la asistencia sanitaria recibida.
3. *Pagos informales*: pagos extraoficiales (no registrados) por bienes y servicios que deberían ser completamente gratuitos (financiados por fondos públicos). También denominados *pagos por debajo de la mesa* (*under the table payments*). Son muy frecuentes en países del este de Europa, donde suponen un porcentaje importante del gasto sanitario. No obstante, dada su naturaleza informal, es imposible conocer su magnitud exacta.

En este estudio nos centramos principalmente en la participación individual en el coste, excluyendo de nuestro estudio los pagos directos por servicios no cubiertos por el seguro sanitario y los pagos informales. El tipo y el nivel de esta participación varía considerablemente entre los diferentes países analizados, pudiéndose distinguir entre:

- a) *Copago*: el usuario paga una tarifa determinada por un bien o servicio.
- b) *Coseguro*: el usuario paga un porcentaje fijo del coste total, mientras que el asegurador se hace cargo del porcentaje restante.

- c) *Deducible* o, como se conoce en el mundo asegurador, *franquicia*: el usuario se hace cargo de una cantidad fija del coste; los gastos adicionales son soportados por el asegurador. Los deducibles pueden aplicarse en casos específicos o en un período de tiempo determinado.

Existen otras políticas asociadas a estos tipos de participación individual en el coste que pueden también afectar al nivel máximo de contribución del usuario o de la aseguradora:

- Beneficio máximo: el asegurador reembolsa hasta un límite predefinido de la cantidad gastada durante un periodo de tiempo determinado; fuera de este plazo, el paciente es plenamente responsable de los pagos.
- Máxima contribución individual del usuario: el individuo/hogar asegurado hace frente al coste de la asistencia hasta un límite predefinido para un periodo de tiempo determinado; por encima de esa cantidad, todos los gastos deberán ser asumidos por el asegurador (Schoeman 1993).

Junto a las anteriores políticas también encontramos aquellas que están relacionadas con la definición del paquete asistencial básico, como, por ejemplo, la facturación extra al paciente (cuando los proveedores pueden facturar un precio por encima de la cantidad que reembolsa la aseguradora), los precios de referencia (cuando el asegurador público sólo cubre el coste de la alternativa equivalente más barata, generalmente aplicados a medicamentos), y las exclusiones/inclusiones en la cobertura (o paquete asistencial básico). La primera de las premisas que determinan la presencia de copagos en un sistema sanitario es la amplitud del paquete básico asistencial. Cuanto mayor es este, mayor es la necesidad de establecer límites al crecimiento del gasto a través del principio de beneficio (copago). Con el objetivo de poder centrar los resultados de este estudio en el instrumento del copago, hemos partido de la hipótesis siguiente: a pesar de que una exclusión de una prestación del paquete básico, es equivalente a un copago del 100%, sólo hemos explicitado aquellos copagos parciales (entre 0 y 100%) para servicios cubiertos por el seguro sanitario. Sólo en algunos casos donde pocos países incluyen una determinada prestación sanitaria (como, por ejemplo, las lentes) en su cobertura aseguradora, hemos especificado también los países que no la incluyen, lo cual equivale a un copago del 100%.

Todas estas opciones son potenciales instrumentos de política sanitaria, mediante los cuales se puede conseguir un cambio (aunque pueda ser sólo parcial) en el comportamiento de los usuarios. Que los efectos de aplicar una política de corresponsabilidad individual en el coste sean los deseados dependerá, entre otros factores, de los servicios a los que se le aplique, de la cobertura que alcance el seguro sanitario y del buen funcionamiento del Sistema o Seguro Nacional de Salud (Kutzin, 1998).

60

DATOS Y METODOLOGÍA

Hemos realizado búsquedas bibliográficas en bases de datos y de publicaciones de organismos supranacionales (OCDE, Comisión Europea, OMS, European Observatory on Health Systems and Policies, etc.). Nuestro ámbito se ha limitado a las prestaciones sanitarias, y ha excluido de nuestro estudio las prestaciones socio-sanitarias. Como resultado hemos encontrado documentos de referencia sobre la materia que nos ocupa, aunque no actualizados y siempre referidos a un ámbito geográfico menor (países miembros de la OCDE, UE-15, etc.). A partir de la información contenida en estos documentos, hemos recurrido a los *HiT Country Profiles* que publica el *European Observatory on Health Systems and Policies* para la mayor parte de los países europeos. Esta lectura nos ha permitido sistematizar la información desde una visión más amplia del sistema o seguro sanitario.

La tabla que presentamos a continuación resume la información obtenida, ampliada y actualizada gracias a las respuestas de todos los países al cuestionario enviado por la Dirección General de Empleo y Asuntos Sociales de la Comisión Europea en el año 2005 (MISSOC Info Bulletin).

También hemos excluido de nuestro estudio los precios de referencia, limitándonos a hacer una relación de los países que han implementado esta política en la atención farmacéutica. El mecanismo en que se basan los precios de referencia equivale a un copago variable en función del precio del medicamento prescrito y que los pacientes pueden evitar eligiendo aquel que tiene un precio igual o inferior al de referencia².

Tabla 1. Copagos en asistencia sanitaria en los países europeos (2005)

País	Atención Primaria	Atención Especializada	Atención Hospitalaria	Farmacia	Asistencia Dental	Participación del usuario como % del gasto total en salud
ALEMANIA	10 € por visita inicial en cada trimestre	10 € por visita inicial en cada trimestre, excepto visitas derivadas ¹ 20% para funcionarios, autónomos y empleados ferroviarios	10 €/día, máx. 28 días	10% precio venta del fármaco, mín. 5 € y máx. 10 € Niños exentos de copago	10 € por visita inicial en cada trimestre, excepto visitas derivadas 35-50%, coste tratamientos quirúrgicos 20% coste ortodoncia (10% niños)	10,4% (2003) ²
AUSTRIA	Régimen general: e-card ³ 10 €/año 20% para funcionarios, autónomos y empleados ferroviarios Granjeros: 7,30 €/tratamiento	Régimen general: e-card ³ 10 € / año 20% para funcionarios, autónomos y empleados ferroviarios Granjeros: 7,30 €/tratamiento	Titular: 8 €/día (aprox.), máx. 28 días/año Beneficiario: 10% coste hospitalización Rehabilitación y promoción de la salud: 6,33-16,11 €/día Tratamientos fertilidad (in vitro): 30%, si casados o pareja de hecho	4,45 €/medicamento Prótesis: 10%, mín. 24,20 € Lentes: 10%, mín. 72,60 €	Lista positiva Menores 15 años: 0%	17,5% (2002) ²
BÉLGICA	8% para los de baja renta, discapacitados, pensionistas, viudos/as y huérfanos; hasta el 30% para el resto Visitas a domicilio: 35%	8% para los de baja renta, discapacitados, pensionistas, viudos/as y huérfanos; hasta el 40% para el resto	Desde 33,9 €/día (8 días) hasta 12,1 €/día (estancias mayores 90 días) Tarifas reducidas para rentas bajas	Categorías: (A, B, C, Cs, Cx): 0%-80%, con topes máximos Tarifas reducidas para rentas bajas	Copagos cercanos al 100%, dependiendo del grupo de población 0% en determinados tratamientos para menores de 18 años	n.d. (aprox. 25% (2002))
CHIPRE	0% Rentas altas: 15 €/visita + 100% coste pruebas diagnósticas	2,06 €/visita Rentas altas: 20 €/visita	20 €/día - 1ª clase 10 €/día - 2ª clase 6,89 €/día - 3ª clase Rentas altas: 20 €/día por servicios médicos + 100% coste medicamentos + 100% coste pruebas diagnósticas, por servicios de alojamiento: 124 €/día - 1ª clase 103 €/día - 2ª clase 72 €/día - 3ª clase 207 €/día en UCI. Tarifa reducida (renta	0% Rentas altas: 100%	0% Rentas altas: 100%	n.d.

Un panorama de la contribución financiera del usuario sanitario en Europa

			media): 50% de los precios anteriores						
DINAMARCA	0% para el 98% población Facturación restringida para el 2% población (capacidad de elección de médico) Fisioterapia con derivación: 60% p.b. ⁴ Fisioterapia: 80% coste Psicología con derivación: 25% coste (1-12 visita), 100% coste (13-en adelante)	0% para el 98% población Facturación restringida para el 2% población (capacidad de elección de médico)	0% 0%	Si gasto medicamentos: < 70 € / año: 100% 70-169 € / año: 50% 169-396 € / año: 25% >396 € / año: 15% Crónicos (si gasto > 510 €): 0% Menores 18 años: Si gasto medicamentos < 70 € /año: 50% Lentes: 100% Prótesis: 0% Audífonos: 727 €	35-100% Menores 18 años: 0%	15,8% (2003) ²			
ESLOVAQUIA	0,58 € /visita	0,58 € /visita Urgencia: 1,55 €	Servicios hoteleros + gastos administrativos: 1,29 € /día, máx. 21 días Balnearios: Grupo A: 1,29 €/día Grupo B-I, B-IV: 3,87 €/día Grupo B-II, B-III: 5,68 €/día Transporte: 0,05 €/km	Lista positiva	Lista positiva	11,7% (2003) ²			
ESLOVENIA	Varios servicios cubiertos por seguro obligatorio tienen copago	Varios servicios cubiertos por seguro obligatorio tienen copago. 100% de copago para los servicios fuera del seguro obligatorio. Rentas bajas exentas de copago				n.d.			
ESPAÑA	0%	0%	Activos: 40% Pensionistas: 0% Crónicos o larga duración: 10% Funcionarios: 30% (activos y pensionistas) Lista negativa: 100% Prótesis: según p.b. ⁴ excepto órtesis y prótesis especiales: 12-36 € Lentes: 100% Categorías: A: 1,28 € B: 10% coste + precio por encima PR C: 25% coste + precio por encima PR D: 50% coste + precio por encima PR Pensionistas + niños 4-16	Lista positiva Resto: 100%, excepto niños en determinadas CCAA	Lista positiva Resto: 100%, excepto niños en determinadas CCAA	23,7% (2003) ²			
ESTONIA	0% Visita a domicilio: hasta 3,20 €	Hasta 3,20 €/visita, excepto mujeres embarazadas, menores de 2 años y emergencias con ingreso	1,60 €/día, máx. 10 días, excepto menores 18 años y mujeres embarazadas	A: 1,28 € B: 10% coste + precio por encima PR C: 25% coste + precio por encima PR D: 50% coste + precio por encima PR Pensionistas + niños 4-16	100% (desgravable máx. 9,59 € /año) 0%: menores 19 años	21,4% (2003) ²			

FINLANDIA	Provincias establecen p.b. ⁴ , máx. 22 €/año o 11 €/visita (máx. 3 visitas/año) Visita a domicilio: 15 € (nocturna y fines de semana)	22 € /visita	26 €/día Estancia de día: 12 €/día Cirugía de día: 72 €/intervención Larga duración (más de 3 meses): máx. 80% renta mensual Internamiento psiquiátrico: 12 €/día Transporte: 9,25 €/trayecto 20% + 14 € (día, máx. 30 días Pruebas laboratorio: 40% + tarifa fija Servicios hospitalarios auxiliares: 40% Transporte: 35%	Min. 10 € + 50% resto del precio Crónicos: min. 5 € + 0-25% resto del precio Prótesis: 0% Lentes: 100%	7 €/visita Especialista: 11 €/visita Tratamientos: 5-130 €/tratamiento Menores de 18 años exentos de copago	19% (2003) ²
FRANCIA (R)*	30% + 1 € (máx. 50 €/año)	30% + 1 € (máx. 50 €/año)	0, 35, 65% dependiendo de la categoría del medicamento Prótesis: 35%	30% Prótesis dentales: 35% Niños: 0%	10% (2003) ²	
GRECIA	0%	0%	25% 10%: crónicos 0%: medicamentos maternos, accidentes laborales, determinadas enfermedades crónicas, enfermos de SIDA y medicación hospitalaria 25%: prótesis	Lista positiva: 0% Menores 13 años: 0% Resto: 100%	46,5% (2003) ²	
HOLANDA	0%	0% Cuidados a domicilio: copago variable/hora en función de sueldo Fisioterapia: 15 €/sesión, máx. 675 €/año Transporte sanitario: 81 €/año; exentos usuarios regulares (hemodialis, etc.)	50% medicamentos: 100% precio Resto medicamentos: 0-50% precio Dispensación hospitalaria: 0% Prótesis: 0-50% precio.	100%, excepto derivación médica (0%) Menores de 17 años y discapacitados (físicos y mentales) exentos de copago	7,8% (2003) ²	
HUNGRÍA	0%	0%	50% medicamentos: 100% precio Resto medicamentos: 0-50% precio Dispensación hospitalaria: 0% Prótesis: 0-50% precio.	Copago sobre coste de materiales y determinados tratamientos Menores de 18 años, estudiantes, embarazadas exentos de copago	26,3% (2002) ²	

Un panorama de la contribución financiera del usuario sanitario en Europa

	<p>Categoría I: 0% Categoría II: 100% coste, con tope máx.</p>	<p>Categoría I: 0% Categoría II: 55 €/visita, máx. 550 €/año</p>	<p>Categoría I: 0% Categoría II: 55 €/día, máx. 550 €/año Urgencias sin derivación: 55 €/1ª visita</p>	<p>excepto accidentes de trabajo</p> <p>Categoría I: 0% Categoría II: 100%, máx. 85 €/mes</p> <p>4 categorías: 1) Medicamentos para crónicos – 0% 2) Medicamentos larga duración (categoría B) – 20 € + 65% tramo superior a precio público hasta un máx. de 41 € 3) Categoría E: 20 € + 80% (50% pensionistas) tramo superior a precio público hasta un máx. de 59 € (17 € pensionistas) 4) Categoría O: 100%</p>	<p>Categoría I y niños: 0% Categoría II: revisión y diagnóstico 0%, resto prestaciones: 100%</p>	<p>13,2% (2002)²</p>
<p>ISLANDIA</p>	<p>Desde 2,76 hasta 21 €/visita</p>	<p>Desde 32 € + 40% del coste (hasta un máx. de 216 €)</p>	<p>No copago por atención; pruebas diagnósticas (desde 1,20 hasta 12 €)</p>	<p>Sólo cobertura de niños menores de 18 años y pensionistas por invalidez, según tarifas del Ministerio (diferencia con el coste la paga el usuario)</p>	<p>16,5% (2003)²</p>	
<p>ITALIA</p>	<p>0%</p>	<p>0% Otros: Pruebas diagnósticas: 85% p.b., con un máx. de 51,65 € Rentas bajas: 70% p.b., con un máx. de 30,99 €</p>	<p>0% Otros: 77,47 €/chequeo (1 día) + copago pruebas diagnósticas Rentas bajas: 38,73 €/chequeo (1 día) + copago</p>	<p>- Categoría A) medicamentos dosis única: 1,55 € medicamentos multidosis: 3,10 € - Categoría B) 50% p.b.⁴ - Categoría C) 100%</p>	<p>100% (la mayoría es asistencia privada) Rentas bajas pueden recibir asistencia gratuita en los centros de salud del SNS</p>	<p>19,6% (2004)²</p>

				pruebas diagnósticas Balnearios: 75% p.b., máx. 103,29 €, rentas bajas 51,65 € Rehabilitación: p.b. ⁴ (máx. 41,32 €/semana; rentas bajas 20,66 €/episodio máx. 10,33 semana) Urgencias sin hospitalización: detectadas como no urgencias p.b.r. ² máx. 51,65 € (rentas bajas 30,99 €)			
LETONIA	0,72 €/visita Visita a domicilio: precio fijado por médico AP (mayores 80 años y discapacitados máx. 2,87 €/visita) Varios colectivos exentos de copago	2,87 €/visita	Hospital regional: 7,18 €/día Hospital especializado: 5,74 €/día Hospital local: 4,31 €/día Otros hospitales: 2,15 €/día Determinadas especialidades: 1,44 €/día	Lista positiva: 0, 10, 25 o 50% del precio dependiendo del diagnóstico Resto: 100% Lentes 100%	100% Niños menores de 18 años: 0% Victimas Chernobyl: 50%, excepto 0% para extracción de piezas	3,67% (2004) ⁶	
LIECHENSTEIN	Máx. global (coste hasta 130 euros + 10% costes)					4,9 % (2003) ⁶	
LITUANIA (R)*	0%	0%	0% Rehabilitación con internamiento: 10% (menores 7 años y discapacitados menores 18 años). Resto: 100%	Lista positiva: 0% 10, 20, 50% precio para medicamentos subsidiados Prótesis ortopédicas: 20% p.b., (pensionistas) o 50% p.b. ⁴ resto población	100% coste materiales + 0% coste personal		
LUXEMBURGO (R)*	5% Visita a domicilio: 20%	5% Visita a domicilio: 20% Fisioterapia, enfermería, logopedia, comadronas: 0% (en det. casos 20%)	11,45 €/día, máx. 30 días, excepto menores de 18 años y partos	Copago según efectividad y necesidad de tratamiento: categorías: 0, 20, 60 y 100% Lentes: reembolso máx. de 40 € Zapatos ortopédicos: reembolso máx. de 77,59 € Resto prótesis: p.b. ⁴ de reembolso	5% Prótesis dentales: 20%	11,9% (2002) ²	
MALTA	100% Rentas bajas (tarjeta rosa): 0% Crónicos (tarjeta amarilla): 0% en tratamientos específicos				100% Rentas bajas (tarjeta rosa) y niños en edad escolar: 0%. Crónicos (tarjeta amarilla): 0% en tratamientos específicos	n.d.	
NORUEGA	15 € /visita	30 €/visita	0%	Medicamentos importantes:	100% mayores 20 años	15,4% (2004) ²	

	Niños menores de 7 exentos de copago	Radiología: 23 € Fisioterapia: 30 €/visita, menores 18 años 0% Planificación familiar: esterilización masculina 100%, femenina 50%, tratamientos fertilidad (máx. 3 intentos) 1.826 €/tratamiento hormonal + 365 €/tratamiento hospitalario	Transporte: 14 €/trayecto	36%, máx. 60 €/receta	75% entre 19-20 años 0% menores de 18 años, discapacitados mentales y físicos, ancianos, crónicos	
POLONIA	0%	0% Balnearios: tarifa fija por gasto hotelero y comida, excepto menores de 18 años, estudiantes menores de 26 años y discapacitados	0% Transporte: lista negativa según p.b. ⁴	Medicamentos básicos: tarifa fija (máx. 0,5% salario mínimo) Medicamentos suplementarios: 30-50% (máx. 1,5% salario mínimo) Fórmulas magistrales: tarifa fija 0% para medicamentos psiquiátricos y crónicos. Prótesis máx. 50% p.b. ⁴	Lista positiva: 0% Lista negativa: 100%	27,6% (2002) ²
PORTUGAL	Tique moderador variable por consulta, tratamientos y exámenes médicos complementarios: Centros sanitarios aprobados: 1,50 - 2 €/visita Visita a domicilio: 2,99- 4,20 €	Tique moderador variable por consulta, tratamientos y exámenes médico complementarios Centros de urgencias: 2- 2,70 €/visita	0% Otros: Urgencias 4,99-6,10 €/visita	0, 30, 60, 80% precio medicamentos Prótesis de provisión pública 0%	En hospital: 0% En determinados centros sanitarios: 0%	1% gasto público (2005) ⁶
REINO UNIDO	0%	0%	0%	Medicamentos: el 50% de la población 0% copago. Resto de población: 9,19 €/medicamento 5% de los medicamentos: 0% copago, con certificado de prepago (precio = 48 €/4 meses o 132 €/año) 86% de los medicamentos: 0% Lentes: 100%, con excepciones Prótesis: según p.b. ⁴	30% Menores de 18 años (19 si estudiantes), embarazadas, mujeres que han dado a luz durante el último año, rentas bajas y el 25% de los tratamientos: 0%	n.d.
REP. CHECA (R)^a	0%	0%	Hospitales A: precio por servicio (con máx.)	1-50% Genérico o medicamento	0% Otros:	8,4% (2003) ²

			Hospitales B: copago sobre precio GDR según acuerdo proveedor-aseguradora	más barato por grupo de medicamentos: 0%	Prótesis: 100% Posible pago suplementario según dentista
SUECIA	11-22 €/visita Visita a domicilio: 5,57-17 € + 11-22 €/visita Menores de 20 años: 0%	Visitas derivadas: 8,91-33 € Visitas no derivadas: 22-33 € Fisioterapia: 17-33 €/visita Ginecología: 17-22 €/visita	8,91 €/día (incluye comida), menores de 18 años 0% Urgencias: 22-33 € Transporte: ambulancia 0-11 €, taxi 4,45-6,68 € /trayecto	Gasto anual por persona < 100 € : 100% Gasto 100-189 € : 50% Gasto 189-368 € : 25% Gasto 368-479 € : 10% Gasto > 479 € : 0% Lentes: 100% Audífonos: 67 €, excepto menores de 18 años Prótesis de ayuda, alquiler: 11 €.	Menores de 20 años: 0% Mayores de 20 años depende del tipo de tratamiento y médico visitado Prótesis dentales mayores 65 años 0% n.d.
SUIZA (R)^{4,5}	10% Menores de 18 años exentos Discapacitados y ancianos	10% Menores de 18 años exentos	10% + 6,8 €/día Menores de 18 años exentos	10% Menores de 18 años exentos	100%, excepto intervenciones maxilofaciales, efectos secundarios de otras patologías, como parte del tratamiento de otras enfermedades graves 31,5% (2003) ²

- 1 «With referral»: Visitas prescritas por un médico.
- 2 OCDE Health Data. Incluye todo gasto financiado directamente por parte del usuario, tanto en medicación como en cuidados asistenciales, al cual hace frente el usuario en el momento de recibir el servicio. Quedan excluidas, por tanto, las primas de seguro sanitario.
- 3 La e-card (tarjeta electrónica) es una tarjeta inteligente que sustituye a los vales del seguro sanitario. El sistema e-card es la base para administrar electrónicamente todas las instituciones de la Seguridad Social austriaca. A partir del 2006, se están sustituyendo los vales en papel del seguro sanitario por la e-card. Cada persona (el asegurado y sus familiares dependientes) que tenga derecho a las prestaciones del seguro sanitario público recibirá dicha e-card.
- 4 p. b.: precio público.
- 5 p. b. r.: precio público regional.
- 6 Comisión Europea, Dirección General de Empleo y Asuntos Sociales, 2005.
 - a Países con sistema sanitario de financiación por reembolso.
 - b Categoría I: titulares de tarjeta sanitaria (rentas bajas y mayores de 70 años). Categoría II: no titulares de tarjeta sanitaria (rentas altas).
 - c Pago de coste hasta 194* fija (en caso de utilización) + copago detallado en la tabla

2. Copagos en atención primaria

A pesar de no ser el nivel asistencial que presente una mayor implantación de estos instrumentos, varios países han establecido políticas de participación del usuario en el coste de la atención primaria.

68 La forma predominante de contribución financiera es el copago y el coseguro (*co-insurance*), aunque también encontramos alguna facturación extra para visitas médicas no contratadas por las mutuas aseguradoras (*sickness funds*). El rango de variación entre países es muy alto: a) en determinados países, no existe copago en atención primaria: España, Grecia, Holanda, Hungría, Italia, Lituania, Polonia y Reino Unido; en otros, b) se aplica una tarifa fija por visita: Eslovaquia (0,58€), Letonia (0,72€), Islandia (2,76-21€), Alemania (10€), Austria (10€), Portugal (1,5-2€), Noruega (15€), Suecia (11-22€); y en el resto, c) el usuario se hace cargo de un porcentaje fijo del coste total de la visita médica: Luxemburgo (5%), Suiza (10%), Bélgica (8-30%) y Francia (30%).

En algunos países, encontramos una tarifa adicional por las visitas del médico de atención primaria a domicilio: Bélgica, Estonia, Finlandia y Suecia aplican este recargo. Finalmente, podemos destacar, ya que es de especial interés para nuestro país que está estructurado de forma descentralizada, que el nivel de participación del usuario puede variar dentro de un mismo país, tal y como ocurre entre los Consejos Comarcales en Suecia y Finlandia.

En Suecia, el copago en atención primaria y especializada era fijado en el ámbito estatal y de manera uniforme para todo el país hasta 1991. A partir de entonces, cada Consejo Comarcal determina su propio nivel de copago por debajo de un límite máximo fijado por el gobierno central. Como resultado de esta práctica, los copagos en atención primaria y especializada se han incrementado y han aumentado también las diferencias entre regiones³. Los Consejos Comarcales ostentan las competencias en materia sanitaria en sus territorios y financian esta actividad a través de impuestos y transferencias estatales.

En Finlandia, existe una situación similar. Las municipalidades son responsables de la provisión de la atención sanitaria. El gobierno central establece unos límites máximos de copago, y las municipalidades fijan el nivel específico y obtienen los ingresos derivados de estos copagos.

3. Copagos en Atención Especializada

Por regla general, los países aplican el mismo esquema que han diseñado para la atención primaria. No obstante, existen algunas diferencias que cabe destacar: *a)* países que no aplican copagos en atención primaria y sí que lo hacen en la atención especializada: Chipre y Estonia; *b)* países que han establecido una tarifa más elevada que la fijada para atención primaria: Finlandia, Islandia, Letonia, Suecia y Noruega y, *c)* países con el mismo nivel de copago: Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, Eslovaquia, Francia, Luxemburgo, Malta y Suiza. Un caso específico es el de Italia donde, en general (ya que como sabemos las regiones pueden establecer modificaciones sobre esta regla), no existe copago por visita en atención especializada y, en cambio, el usuario hace frente a un porcentaje del coste de las pruebas diagnósticas.

69

Determinadas especialidades médicas tienen una mayor presencia de copago. Así, servicios específicos como fisioterapia, psicología o ginecología, exigen una contribución mayor del paciente en Dinamarca, Holanda y Suecia. Luxemburgo constituye una excepción a esta regla, ya que, salvando excepciones, elimina el copago mayor para los servicios de fisioterapia, logopedia y comadronas (que para el resto de especialidades es del 5%).

Países como Dinamarca y Suecia distinguen entre visitas derivadas por el médico de atención primaria y visitas no derivadas, fijando para estas últimas un nivel de copago mayor. Las urgencias también son objeto, en algunos casos, de un copago más elevado en países como Eslovaquia (1,55 €) y Portugal (2-2,70 €). Especial mención merece el caso de Italia, donde en algunas regiones se puede establecer un copago por la atención urgente si finalmente esta no se determina como tal (máximo 51,65 €).

La financiación del transporte sanitario recibe un tratamiento diferente en cada país. Mientras en determinados países es gratuito, siempre y cuando se realice en ambulancia como en España, otros financian también el transporte privado (taxi o coche particular) y algunos imponen un copago. En cuanto a estos últimos, se observan diferentes esquemas de participación: Eslovaquia fija una cantidad por kilómetro recorrida, mientras que Finlandia, Noruega, Polonia y Suecia lo hacen por trayecto y Holanda cobra un bono anual (aplicable la primera vez que se utiliza).

En los países donde se incluye en la cartera de beneficios los servicios de balneario, se exige habitualmente una participación importante en los costes por parte del usuario (como ocurre en Eslovaquia, Italia y Polonia).

Los tratamientos de fertilidad son un caso bastante peculiar, ya que de algún modo todos los países imponen restricciones a su uso; o bien por la vía de la limitación en el número de niños y/o intentos, convirtiéndose a partir de estos límites máximos en un copago del 100%, o bien con tiempos de espera muy largos (que incentivan el mercado privado), o específicamente con copagos parciales como en Austria (30% para parejas casadas o uniones estables) y Noruega (1.826 €/tratamiento hormonal, más 365 €/tratamiento hospitalario).

70

4. Copagos en atención hospitalaria

La actividad hospitalaria tiene una gran dispersión de costes por patología. En cambio, en todos los casos, existe un conjunto de servicios (denominados hoteleros) necesarios para la estancia del paciente en el hospital, con un coste más homogéneo y que no pueden considerarse puramente como sanitarios. Es sobre estos servicios sobre los que se aplica generalmente el copago.

Así, las soluciones son múltiples pero parten de esta misma idea: a) la mayor parte de los países aplican una cantidad por día de hospitalización: Alemania (10 €), Austria (8 €), Bélgica (33,9-12,1 €), Estonia (1,60 €), Finlandia (26 €), Irlanda (55 € para el Grupo II), Letonia (2,15-7,18 €), Luxemburgo (11,45 €) y Suecia (8,91 €), y establecen siempre un máximo de días durante los cuales el usuario afronta este coste; b) otros países, en cambio, han optado por una fórmula mixta de porcentaje del coste de la hospitalización más un cantidad fija por día: Francia 20% + 14 €/día y Suiza 10% + 6,8 €/día; c) Eslovaquia y Hungría únicamente fijan el copago precisamente en el coste de los servicios extras hoteleros y los gastos de administración asociados al internamiento, d) en Italia e Islandia, aunque no existe el copago por hospitalización, sí que lo hay para las pruebas diagnósticas y, finalmente, d) de especial interés es el sistema aplicado en Holanda, donde la contribución del paciente hospitalizado es un porcentaje de su salario (con un límite máximo). Esta última solución requiere sin embargo un sistema fiscal muy fiable donde la evasión fiscal sea muy pequeña, a riesgo si ello no es así de caer en problemas de equidad.

5. Copagos en atención farmacéutica

La participación del usuario en la financiación del gasto sanitario es especialmente importante en el caso de los medicamentos. El copago farmacéutico se encuentra prácticamente en todos los sistemas sanitarios de los países europeos.

El coseguro (el pago de un porcentaje fijo del precio del medicamento) es la fórmula más utilizada: Bélgica (0-80%), Dinamarca (15-100%), España (0-30%-40%), Francia (0-65%), Grecia (0-25%), Luxemburgo (0-100%), Portugal (0-80%).

71

Asimismo, encontramos en otros países europeos una tarifa fija por medicamento prescrito (Austria 4,45 €, Reino Unido 9,19 €). Finlandia combina ambas fórmulas, establece una cantidad fija por medicamento prescrito más un porcentaje sobre el resto. Italia establece unas tarifas de 1,55-3,10 € para los medicamentos pertenecientes a la *categoría A*, y establece un copago del 50% y del 100% para los medicamentos pertenecientes a las *categorías B* y *C*, respectivamente.

Algunos países han decidido limitar la contribución del paciente estableciendo límites, es el caso de Alemania (mínimo 5 € - máximo 10 € por receta), Bélgica (variable según grupo social, edad y renta), Dinamarca y Suecia (variable según gasto farmacéutico anual), Finlandia (606,95 €/año), Islandia (variable según categoría del medicamento), Noruega (máximo 60 €/receta), Polonia (un porcentaje máximo del salario mínimo, en función del tipo de medicamento), Reino Unido (48 €/4 meses o bien 132 €/año, con certificado de prepago, aunque debemos resaltar que el 50% de la población británica tiene derecho a la libre dispensación de fármacos y que el 86% de los medicamentos están libres de copago). Del mismo modo, en Irlanda, los pacientes de la *categoría II* no pagan más de 85 € al mes en medicamentos prescritos. Estos topes máximos actúan como deducibles (*deductibles*), de modo que el usuario se hace cargo de una cantidad fija del coste y los gastos adicionales son soportados por el asegurador.

Los precios de referencia son un copago evitable; permiten al usuario evitar este pago escogiendo la alternativa terapéutica equivalente. Se utilizan para determinados medicamentos en Dinamarca, Francia, Alemania, Italia, Holanda, República Checa, Portugal y España.

Con respecto a las lentes, audífonos y otras prótesis, existen grandes diferencias entre países. Para las lentes, encontramos copago en Austria (10% coste, mínimo 72,60 €), Luxemburgo (reembolso máximo de 40 €) y Reino Unido (sólo para algunos

grupos). En los demás casos, habremos de suponer que el copago en lentes es del 100%. En el caso de los audífonos, existe copago en Suecia (67 €, excepto menores de 18 años), Dinamarca (en principio son de provisión gratuita, pero la lista de espera suele ser superior a un año, por lo que muchos pacientes deciden adquirirla en el mercado privado a un precio fijo de 727 €). Dinamarca y Finlandia proveen las prótesis de forma gratuita. Por el contrario, existe copago en cuanto a prótesis en Austria (10% precio, mínimo 24,20 €), Grecia (25% precio), Francia (35% precio), Hungría (hasta el 50% precio, excepto accidentes de trabajo), Lituania (20-50%, según si son activos o pensionistas), Polonia (como máximo el 50% del precio público). Finalmente, España, Luxemburgo y Reino Unido han fijado mediante precio público el coste de las prótesis, lo cual podría interpretarse como una política de garantía de coste para el usuario a precio fijo.

6. Copagos en asistencia dental

La mayoría de adultos que requieren asistencia dental deben hacer frente al 100% del coste del tratamiento en Italia, Holanda, España, Islandia, Letonia, Suiza, Noruega, Portugal y Suecia. En otros países europeos existe copago o coseguro: Alemania (10 €/visita inicial, 35-50% coste tratamiento y 20% coste ortodoncia), Dinamarca (35-100% coste tratamiento), Finlandia (7-11 €/visita, 5-130 €/tratamiento), Francia (30% coste tratamiento, 35% incluyendo prótesis dentales), Luxemburgo (5% coste tratamiento, 20% coste prótesis dentales) y Reino Unido (30% coste tratamiento).

Los niños y los jóvenes reciben asistencia dental gratuita en Austria, Dinamarca, España (sólo en determinadas Comunidades Autónomas), Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Holanda, Hungría, Letonia, Noruega, Reino Unido y Suecia.

7. Límites máximos anuales

Algunos gobiernos europeos han decidido limitar la contribución financiera del usuario estableciendo techos máximos anuales. A partir de una cantidad determinada, fijada anualmente, es la Administración (Sistema Nacional de Salud o Sistema de Seguridad Social en su caso) la que se hace cargo de todos los gastos médicos. Detallamos a continuación los límites establecidos por varios países en el año 2005 (no citamos, por haberlo hecho anteriormente, máximos específicos para algún tipo de copago):

- Letonia: 115 € por periodo de hospitalización, 215 € para el global de servicios ambulatorios.
- Noruega: 193 € por atención primaria, psicología, fármacos importantes, artículos de enfermería y transporte sanitario; 426 € por fisioterapia, asistencia dental y servicios hoteleros en centros de rehabilitación en el extranjero.
- Finlandia: 590 € por atención especializada, cirugía ambulatoria y estancias de corta duración. Una vez sobrepasado el techo máximo, el paciente recibe asistencia gratuita, excepto para la atención hospitalaria, por la que deberá pagar 12 €/día.
- Suiza: 648 € máximo, 194 € mínimo. Los menores de 18 años no pagan la cantidad fija (194 €) y su techo máximo se sitúa en 227 €. Estos límites anuales no incluyen el coste de una posible hospitalización, en cuyo caso deberán abonar 6,84 €/día.
- Islandia: 216 €, en el caso de niños 72 €, y pensionistas 54 €. A partir de estas cantidades, el usuario puede utilizar una tarjeta de descuento el resto del año.
- Liechtenstein: 389 € (pensionistas 50% de las cargas), excepto los menores de 20 años, que están exentos de todo tipo de copago.
- Holanda: de la parte de la prima pagada por los asegurados 255 € corresponden a una franquicia (devuelta al final del ejercicio en caso de no ser utilizada). A su vez, esta cantidad fija la corresponsabilidad máxima por parte del usuario.

73

8. Protección a las rentas bajas

Es de especial interés destacar los diferentes mecanismos de preservación de la equidad en este tipo de instrumentos. Especialmente aquellos referidos al menor copago a niños y pensionistas. Este criterio es un mecanismo indirecto de cálculo de la pobreza que en la medida que el cambio generacional ha enriquecido relativamente a las cohortes de mayor edad (riqueza equivale también aquí a patrimonio acumulado) puede estar yendo en contra de la equidad.

Argumentado lo anterior, en Europa se observa que con el objetivo de proteger a algunos grupos poblaciones económicamente deprimidos, se aplican exenciones, precios reducidos o límites máximos.

Así, separando por niveles asistenciales, en atención primaria encontramos los siguientes ejemplos: en Bélgica, las personas de renta baja, discapacitados, pensionistas, viudos/as y huérfanos pagan un porcentaje menor cuando acuden al médico de primaria. De forma similar, ocurre en Suiza, mientras en Noruega y Suecia los grupos poblacionales objeto de protección son los niños y los jóvenes, respectivamente. Para proteger a estos grupos de renta baja, algunos países optan por separar la población en grupos (Chipre, Dinamarca, Malta e Irlanda); en Chipre, se distinguen tres tipos de usuarios, y es necesaria la contribución del paciente en dos de estos tres tipos; en Dinamarca sólo paga aquel grupo de población (un 2% aprox.) que escoge tener capacidad de elección de médico de primaria; en Malta, mientras que se establece que en general el copago es del 100%, los portadores de la tarjeta rosa (rentas bajas) y la tarjeta amarilla (crónicos) reciben asistencia médica gratuita (éstos últimos sólo en tratamientos específicos); y, finalmente, en Irlanda se diferencia entre aquellos usuarios poseedores de tarjeta sanitaria (Categoría I-rentas bajas) y aquellos que no están autorizados a tenerla (Categoría II-rentas altas), que son, éstos últimos, los únicos que deben soportar una carga financiera.

En otros casos, las exenciones se deben a valores culturales, de tradición aseguradora a determinados colectivos o a beneficios en especie para trabajadores públicos; así, en Austria, los funcionarios, empleados ferroviarios y granjeros, y en Letonia, las víctimas del desastre de Chernobyl reciben un trato preferencial.

En atención hospitalaria, los mecanismos de protección toman la forma de grupos de poblaciones exentos de copago: rentas bajas en Bélgica, Chipre e Irlanda, enfermos de larga duración en Finlandia, grupos de especial atención (menores de 18 años, mujeres embarazadas y/o discapacitados) en Estonia, Luxemburgo, Lituania, Suecia y Suiza. Otros mecanismos de protección, como los topes máximos anuales, han sido descritos anteriormente con mayor detenimiento.

En Dinamarca, España, Grecia, Lituania, Noruega, Polonia, Portugal y Reino Unido, el paciente ingresado no contribuye al coste de la atención sanitaria dispensada en hospitales. El mismo caso encontramos en Italia, aunque sí que existe copago para los chequeos médicos realizados en hospitales.

Los mecanismos de protección en la atención farmacéutica se implementan a través de tarifas reducidas o exenciones, relacionadas normalmente con una o más de las condiciones siguientes:

- Estado médico: diabéticos en Suecia, mujeres embarazadas en Reino Unido y Grecia, y enfermos crónicos en Irlanda, Finlandia, España y Reino Unido.
- Nivel de renta: personas de renta baja en Austria, Bélgica, Chipre, Alemania, Irlanda y Reino Unido, y ancianos con rentas bajas en Grecia.
- Edad: ancianos/pensionistas en Bélgica, Irlanda, Estonia, Lituania, España y Reino Unido; niños en Alemania y Reino Unido; jóvenes en Dinamarca, Estonia y Suiza.
- Tipo de fármaco: medicamentos para crónicos en Portugal, Finlandia, Polonia, Grecia, Islandia y España, fármacos para enfermedades mortíferas en Bélgica, ambos tipos de medicamentos en Grecia y fármacos efectivos en Francia.

75

9. Conclusiones

A través de la revisión de los diferentes copagos presentes en los países de nuestro entorno (UE-25, los países del Espacio Económico Europeo (Islandia, Liechtenstein y Noruega) y Suiza) es posible extraer algunas pautas de comportamiento común que pueden ser aprovechadas para sacar las lecciones pertinentes para nuestro sistema sanitario.

Una de las primeras observaciones a resaltar es que se constata poca correlación entre el tipo de sistema sanitario (modelo de Sistema Nacional de Salud *versus* Sistema de Seguridad Social) y la mayor o menor presencia de instrumentos de participación financiera del usuario. En cierta medida, los países con Sistema de Seguridad Social tienden a poner copagos en atención primaria, especializada y hospitalaria, que son algo menos comunes entre los países con un modelo de Sistema Nacional de Salud.

Aunque en todos los países analizados se observa la presencia de copagos, existe una gran variación entre ellos. En España, Grecia, Hungría, Lituania, Polonia y Reino Unido no se aplica prácticamente copago en la atención primaria, especializada y hospitalaria. Por otra parte, en los países escandinavos es donde encontramos las tarifas más altas por visita al médico de primaria o de especializada (Finlandia, Noruega, Suecia).

Hemos podido observar que el copago está presente en todos los niveles asistenciales. En atención hospitalaria, la mayoría de países han optado por establecer

un copago fijo por día de hospitalización, con un límite máximo de días. En general, la asistencia dental es la que presenta mayores tasas de contribución financiera del usuario, y está completamente excluida del paquete de prestaciones públicas en algunos países. Los servicios básicos de prevención y la asistencia dental infantil, por el contrario, se ofrecen mayoritariamente de forma gratuita.

76 En la atención farmacéutica, es donde encontramos el mayor número de copagos. El porcentaje de participación en el coste en este nivel asistencial tiende a basarse en los precios de referencia (más que en el precio exacto del medicamento) o incluso, en la existencia de medicamentos genéricos sustitutivos. Uno de los instrumentos que parece ser el más adecuado para preservar la equidad del sistema de copago son los precios de referencia. Sin embargo, no se observa, en general, el uso de estos precios de referencia o ningún instrumento similar en ningún otro nivel asistencial que no sea el de farmacia, dada su difícil aplicación en estos otros niveles.

En aquellos países con modelos más descentralizados (Italia, Finlandia y Suecia), las regiones, municipalidades o Consejos Comarcales son competentes en la fijación de copagos, establecimiento de los valores y delimitación de la cartera asistencial.

Los mecanismos de protección de las rentas bajas suelen establecerse a través de exenciones del copago y sólo en algún caso encontramos copagos más moderados, en atención primaria y especializada. En cambio, en los copagos por atención hospitalaria, esta protección suele establecerse por períodos máximos de contribución o máximos anuales. Algunos gobiernos europeos aplican un mecanismo de protección general para toda la población, basándose en un límite máximo anual, a partir del cual el paciente queda exento de cualquier gasto médico adicional.

En realidad, es muy difícil comparar niveles de copago entre países. Las diferencias entre los sistemas sanitarios de cada país son tan grandes que imposibilitan la comparación de los niveles de contribución financiera de los usuarios. No debe olvidarse que es posible que en ciertos países no se establezca un copago para un producto o tratamiento médico específico porque este está excluido del paquete de prestaciones públicas. Un problema adicional está relacionado con la concepción que cada Estado tiene de cada nivel asistencial; por ejemplo, es probable que el término atención especializada englobe unas prestaciones diferentes en cada país.

Bibliografía

- Burström, B. *User charges in Sweden*. Euro Observer. 2004 Autumn; 6(3): 1-4
- Comisión Europea, Dirección General de Empleo y Asuntos Sociales. *MISSOC Info Bulletin*, 2005
- European Observatory on Health Care Systems. *Funding Health Care: options for Europe*. Editado por Mossialos E et al. Buckingham-Philadelphia: Open University Press, 2002
- European Observatory on Health Systems and Policies (different data of publication) *Health Care Systems In Transition-Country Profiles*
- Jemai, N.; Thomson, S.; Mossialos E. *An overview for health services in the European Union*. Euro Observer. 2004 Autumn; 3(3): 5-6
- Kutzin, J. "The appropriate role for patient cost sharing". En: Saltman, R.B. et al. *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Buckingham: Open University Press; 1998, p. 78-112
- López Casanovas, G.; Planas Miret, I. *Copayments in European Health Care Systems: The Spanish Approach. Round Table on Utilisation fees imposed to Public Health Care Systems Users in Europe*. Workshop organised for the Commission on the Future of Health Care in Canada 29; November 2001, Embassy of Canada in Paris. P. 84-100, Mimeo
- Martín, J.J. "Sistema de copago no farmacéutico". En: VVAA. *¿Es viable el copago en el sistema de financiación sanitaria?* Actualidad. Centro de estudios andaluces, Consejería de la Presidencia; 2005 Jun., p. 18-21
- OCDE. *OCDE Health Data File*, 2005
- Puig-Junoy, J. *Los medicamentos genéricos pagan el precio de ser referencia*. Rev Ad San 2004. 2(1): 35-59
- WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN). *What are the equity, efficiency, cost containment and choice implications of private health-care funding in western Europe?*, July 2004

Notas

- 1 Jemai, N.; Thomson, S.; Mossialos, E. *An overview for health services in the European Union*. Euro Observer, Autumn 2004, Vol. 3, Nº 3
- 2 Puig-Junoy, J. "Los medicamentos genéricos pagan el precio de ser referencia". *Revista de Administración Sanitaria*, 2004
- 3 Burström, B. *User charges in Sweden*. Euro Observer, Autumn 2004, Vol. 6, Nº 3