



DOCUMENTO DE CONSENSO (emitido el 26 de mayo de 2020)

OPINIÓN SOBRE LA NECESIDAD DE REFORMAR EL SISTEMA ACTUAL DE COPAGO SOBRE LOS MEDICAMENTOS

1) PRINCIPIOS

1.1. El copago de la prestación farmacéutica sólo debe regularse como un instrumento de disuasión de la prescripción y uso innecesario y excesivo, basado en la responsabilidad individual. No deben ser un instrumento de financiación de los medicamentos complementario a los impuestos que financian el conjunto del sistema de salud.

1.2. Los medicamentos de utilización o dispensación hospitalaria deben seguir exentos, pues la posibilidad de consumo innecesario es prácticamente inexistente.

1.3. Se debe diseñar con gran cuidado para evitar que constituyan una barrera económica para la adherencia terapéutica a tratamientos efectivos y necesarios, especialmente de los grupos con menores rentas.

1.4. La cantidad acumulada que aporte un paciente con el sistema de copago debe respetar la equidad entre grupos de rentas y necesidades sanitarias.

2) DISEÑO

Las actuales tecnologías de la información permiten diseños complejos (antes imposibles) que combinen estos principios. Sin embargo, en todo caso hay que valorar los costes de gestión y administración.

2.1. El copago debe ser, en todo caso, reducido, (para la mayoría de los pacientes por debajo del nivel actual del 40%) para que se cumplan los principios anteriores. Con la misma finalidad, es muy conveniente establecer topes máximos anuales de modo que, alcanzado el tope, no se deba pagar más o bien exista una escala de aportación decreciente.

2.2. Del copago deben quedar exentos los grupos de población más vulnerables. Deberían quedar exentos todos los individuos que no alcancen una determinada renta



anual (tomando como magnitud base el Salario Mínimo Interprofesional (SMI) o el mínimo exento en IRPF...) así como la población infantil.

2.3. Ciertos medicamentos (para enfermedades graves y crónicas) deben tener un copago aún más reducido, además de todas las limitaciones anteriores. Esto ya ocurre en la actualidad.

2.4. Puede combinarse un pago fijo muy bajo con pagos porcentuales más moderados que los actuales en función del precio, con el objetivo de reforzar la disuasión del consumo innecesario. Esta combinación computará siempre a efectos de alcanzar el tope máximo anual acumulado.

2.5. Pueden establecerse escalas de progresividad algo más escalonadas que en la actualidad, tanto para los topes como para los porcentajes de contribución.

2.6 Los criterios anteriores podrían permitir el diseño de alternativas de sistemas de copago de forma que la cantidad global aportada por los pacientes no sea superior a la aportada con el sistema actual.

3) PRINCIPALES ASPECTOS A MEJORAR EN LA LEGISLACIÓN ACTUAL.

3.1. Los activos de bajas rentas, que no pertenecen a grupos vulnerables actualmente pagan copagos excesivos y superiores a pensionistas de renta igual o superior.

3.2. La discriminación entre pensionistas y no pensionistas hoy no tiene ningún sentido. Se estableció en los años 70 del pasado siglo, cuando no existían Tecnologías Información (TI), como una aproximación a los colectivos de menor renta. Hoy los pensionistas no son los grupos más pobres y hay pensionistas en buena situación económica y con patrimonio. Con los principios y diseño anteriores ningún pensionista resultaría perjudicado, salvo quizás algunos pocos de renta relativamente elevada. Lo importante es la cantidad acumulada que paga un individuo.

3.3. El alto nivel de copago actual (40%) para activos con enfermedades crónicas afecta, en ciertos casos, negativamente la adherencia terapéutica.

3.4. Copagos del 40% del precio sin límite máximo suponen una aportación acumulada muy elevada para aquellos que concentran un consumo elevado.

4) ESTUDIOS

Sería imprescindible realizar un estudio del impacto sanitario y económico, que puede ser elevado, y otro sobre los efectos económicos de estas modificaciones antes y después de tomar la decisión.