

La necessària responsabilitat financera individual en sanitat

Jaume Puig-Junoy

Departament d'Economia i Empresa, i Centre de Recerca en Economia i Salut. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona.

Resum

Resultaria poc informat tractar d'evitar el debat polític i social sobre el paper que ha de tenir la responsabilitat financera individual en la sanitat pública dins del nou enfocament igualitari de l'estat del benestar, limitant-se a assenyalar l'obvietat que els copagaments no són suficients per assegurar la desaparició de les ineficiències en el sistema sanitari. En aquest breu article es descriuen les polítiques de foment de la responsabilitat financera individual i es presenten unes indicacions per al bon funcionament del copagament en els serveis sanitaris.

Les alternatives de finançament i racionalització de la despesa

Seria realment una equivocació dividir el debat polític sobre el futur del finançament de les necessitats de la despesa del Sistema Nacional de Salut (SNS) entre els que estan a favor o els que estan en contra del copagament. Les fronteres cal establir-les entre els que estan per la racionalització de les prestacions i la millora de l'eficiència de la despesa sanitària i els que prefereixen que les coses segueixin com estan, sigui quin sigui l'impacte de l'*status quo* sobre la sostenibilitat futura i la qualitat de l'atenció de l'SNS. Més aviat, el que resulta necessari és acceptar, en tot cas, la necessitat d'una utilització i un finançament més racional de les prestacions incloses en la cobertura asseguradora pública, condició necessària –no suficient– per a legitimar la viabilitat de l'SNS.

Correspondència: Dr. Jaume Puig-Junoy
Departament d'Economia i Empresa, i Centre de Recerca en Economia i Salut
Universitat Pompeu Fabra
c/ Trias Fargas, 25-27
08005 Barcelona
Tel. 93 542 18 57
Fax 93 542 17 46
Adreça electrònica: jaume.puig@upf.edu

Polítiques de responsabilitat financera individual en el marc de l'SNS

L'objectiu de garantir la igualtat d'oportunitat d'accés als serveis sanitaris per a una mateixa necessitat no hauria de ser obstacle per estar disposats a repensar la racionalitat del finançament actual dels serveis sanitaris. Un dels elements que més erosionen la confiança en l'estat del benestar és que els bons complidors fiscals vegin, per exemple, com es fingeix estar desocupat o com s'acumulen medicaments de forma innecessària.

L'evidència més negativa de l'aplicació de copagaments sobre l'estat de salut la trobem per a copagaments elevats aplicats de forma indiscriminada a tots els pacients i a qualsevol tipus de servei: els pacients redueixen el consum farmacèutic i la utilització de serveis sanitaris, i per tant la despesa a càrrec del finançador, però el copagament els fa desistir tant de consum poc efectiu o innecessari com de tractaments molt efectius i clínicament necessaris! A més a més, aquest efecte té una major intensitat en els individus més malalts i en els de rendes més baixes que en els de rendes elevades. D'aquí que, tot i acceptant la necessitat d'introduir una certa consciència del cost –per exemple, en el cas dels medicaments en el pacient mitjançant copagaments ben dissenyats–, l'esforç per aconseguir un consum més racional no pot només descansar en els copagaments sinó en canvis en els incentius als proveïdors de serveis, als prescriptors i als farmacèutics, que són els veritables generadors de la demanda sanitària i els qui haurien d'actuar com agents del benestar del pacient.

La participació de l'usuari en el cost dels serveis públics mitjançant copagaments, preus públics o *tiquets* moderadors relaciona de forma directa, a diferència dels impostos generals, els pagaments realitzats amb el benefici derivat de la utilització del servei públic que es tracti.

Aquests mecanismes representen una forma de finançament dels serveis públics que introdueix el principi del benefici en el finançament públic: qui paga (encara que només sigui una part del cost del servei) és qui es beneficia del producte del servei.

El debat sobre si l'usuari ha de participar més o menys en el cost de l'atenció sanitària hauria de ser jut-

jat menys en relació a la simple contribució a l'augment dels ingressos públics i més en relació amb la seva capacitat, a establir de forma empírica, de reduir els costos socials (imposició indirecta regressiva com alternativa, malbaratament en utilització...) sense perjudicar l'estat de salut dels individus.

L'autèntica sostenibilitat, doncs, de la component sanitària de l'estat del benestar passa per garantir la desitjabilitat, expressada en disposició social a pagar, d'aquelles innovacions amb impacte positiu en el benestar social. El repte consisteix en evitar la dualitat de la societat, conjugant responsabilitat individual i responsabilitat social. Un estat del benestar ha de controlar els desincentius tant pel costat del finançament com de les prestacions, refusant les temptacions proteccionistes –encara que es disfressin de responsabilitat social corporativa o ecologisme– i acatant la disciplina que imposi la competència internacional (economies obertes). Pel costat del finançament, els impostos han d'afavorir el creixement, la qual cosa pot introduir una suau regressió. Pel costat de les prestacions, cal evitar la passivitat del pacient i introduir el principi del benefici –copagament i primes complementàries controlades, per què no?, públicament– allà on el que és rellevant sigui la preferència individual i no la necessitat des d'una perspectiva social. Existeixen pocs dubtes sobre el fet que convindria introduir incentius i coresponsabilitat als usuaris com a instrument de gestió pel costat de la demanda.

Indicacions per al bon funcionament dels copagaments en serveis sanitaris

- 1) El copagament pot tenir un paper bé com a font generadora de nous ingressos, que substitueixin o complementin els ingressos tributaris convencionals, bé com a element moderador de la demanda, reduint la utilització innecessària pel que fa a la despesa. En el primer cas, els economistes tenim un cert paper en identificar aquells supòsits de demanda inelàstica, més capaços de generar un màxim nombre de recursos (eficiència recaptatòria) i unes pèrdues mínimes d'equitat (en afectar la igualtat d'accés). En el segon supòsit, l'èxit del copagament consisteix en recaptació zero; el copagament actua com element de moderació-evitació de consums innecessaris. Si aquest és l'objectiu (incidir sobre la despesa, disminuint-la), el copagament requereix la participació dels clínics, que són els que millor coneixen les bosses de malbaratament en el sistema.
- 2) L'efecte de possibles copagaments sobre l'equitat en el finançament s'ha de valorar tenint en compte que els ingressos addicionals mitjançant recaptació impositiva tendeixen a ser més aviat regressius.
- 3) Copagaments amb l'objectiu principal d'incentivar la coresponsabilitat individual i allunyats dels objectius només recaptatoris. La funció bàsica dels copagaments no ha de ser aquí la de convertir-se en la font principal de finançament dels medicaments, però copagaments de baixa intensitat –amb límits individuals màxims i fixats, per exemple, a partir d'un import fix per recepta o per visita– podrien tenir un paper moderador de l'excés de consum quan aquest té el seu origen a les demandes dels pacients. Copagaments evitables o no obligatoris –per exemple, pagar la diferència entre el preu de la marca i el del genèric quan aquest és més barat i igualment eficaç– també poden contribuir a la mateixa finalitat sense afectar la igualtat d'accés per a una mateixa necessitat.
- 4) Els copagaments no han d'afectar els serveis clínicament necessaris i d'alta efectivitat. Els serveis clínicament necessaris, d'alta efectivitat i amb una bona relació cost-efectivitat haurien de ser d'accés gratuït i els copagaments no haurien de ser una barrera d'accés a la consulta del metge d'atenció primària. En aquest sentit, seria recomanable que l'SNS establís de forma precisa, i adaptable en el temps, el catàleg bàsic de serveis inclosos en la cobertura asseguradora. Un catàleg de prestacions faria explícites les prestacions que els usuaris tenen dret a percebre, fixant com a obligació del sistema la seva provisió i garantint un conjunt mínim de prestacions a la totalitat dels ciutadans. Per als diagnòstics o tractaments addicionals, considerats com clínicament menys necessaris o no necessaris, es podrien establir copagaments centralitzats o descentralitzats o bé, cosa que sembla d'aplicació més senzilla, relegar-los al terreny de la cobertura asseguradora privada.
- 5) Les exempcions del copagament no poden basar-se únicament en l'edat. L'actual exempció en l'aplicació de copagaments farmacèutics, basada en la condició de pensionista, pot suposar una captura de la despesa farmacèutica a favor de majors d'edat de classe mitjana, generant, precisament, desigualtat d'accés a aquesta prestació.
- 6) Copagaments reduïts i amb poques excepcions poden ésser útils per afavorir la coresponsabilitat individual. Copagaments obligatoris d'un import moderat (de baixa intensitat) i amb molt poques exempcions poden ésser suficients per augmentar la responsabilitat individual i treure incentius al sobreconsum en aquella part que s'origina en les decisions dels pacients. Tanmateix, l'aplicació de copagaments obligatoris elevats (d'alta intensitat), amb exempcions per atenuar els efectes negatius en els grups de població més vulnerable, pot resultar complexa i costosa.

- 7) Copagaments més elevats quan més ens allunyem de serveis clínicament necessaris i d'alta efectivitat. L'aplicació de copagaments importants serà menys problemàtica quan menys efectiu i menys clínicament necessari (serveis hotelers, per exemple) sigui el tractament sobre el que s'apliqui el copagament i també a mesura que existeixin més alternatives.
- 8) És possible dissenyar copagaments evitables relacionats amb l'efectivitat i amb la relació cost-efectivitat. És possible dissenyar un sistema addicional de copagament que sigui quasi evitable (no obligatori) i relacionat amb l'efectivitat i la relació cost-efectivitat dels medicaments. Aquest segon nivell de copagament tindria un caràcter universal però seria quasi evitable atenent les preferències individuals.
- 9) L'aportació de l'usuari en prestacions actualment no cobertes suposa una reducció del copagament. La inclusió dintre de la cobertura asseguradora pública de prestacions actualment no cobertes o amb cobertura parcial (salut bucodental, podologia, fisioteràpia, salut mental, etc.) suposa, sens dubte, una reducció del nivell de copagament.
- 10) Les conductes poc responsables en la utilització de serveis sanitaris han de ser desincentivades. Encara que l'aplicació pràctica no és senzilla, la utilització poc responsable dels serveis sanitaris per part dels usuaris ha de ser penalitzada mitjançant l'aplicació de copagament. En aquest àmbit es pot incloure, per exemple, l'accés als serveis d'urgència hospitalària per a condicions clarament definibles *a priori* com no urgents. Un altre exemple pot ser la penalització de la no presentació del pacient a una cita programada en l'atenció primària o en l'atenció especialitzada, o bé la falta d'adherència als tractaments o el canvi de règim alimentari. Una experiència de copagament condicionat al compliment s'ha donat a Suècia amb els implants dentals. El pacient ha de "merèixer-los", la qual cosa es demostra amb el recompte de bacteries a la boca.
- 11) Els copagaments mai no han d'emprar-se de forma aïllada i independent dels incentius als proveïdors.