

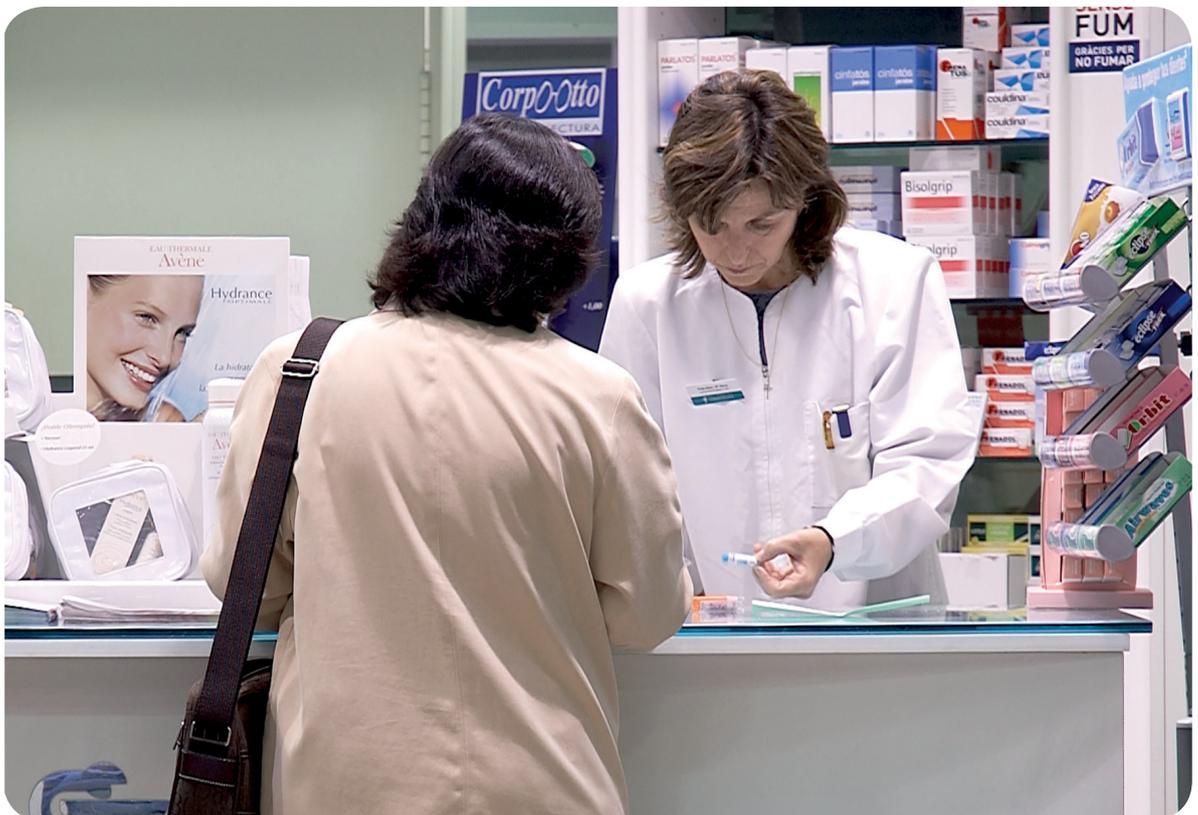
Evolución de la farmacia

Un año de copago: consecuencias en la oficina de farmacia

El Real Decreto Ley (RDL) 16/2012 de 20 de abril de «medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones», introdujo una modificación sustancial en el copago farmacéutico al incluir en el mismo a los pensionistas. El primer semestre de aplicación consiguió un descenso del gasto farmacéutico ambulatorio de casi un 14% respecto a 2011. Pero el efecto disuasorio del copago se atenuó en 2013 de forma que, a finales de año, el descenso esperado de gasto no llegaba al 6%. El objetivo de este artículo es analizar una parte de la reforma que el RDL introduce en la política del medicamento y sus efectos sobre la dispensación a través de la oficina de farmacia.

FERNANDO MAGRO

Exdirector del Insalud



Consideraciones generales previas

El Real Decreto Ley (RDL) 16/2012 de 20 de abril de «medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones», dedicó una parte sustancial de su contenido a reformar el Sistema Nacional de Salud (SNS), con especial dedicación a la prestación farmacéutica que suele ser objeto de revisión y ajuste por cualquier responsable sanitario que se precie. La reforma prosiguió en julio de 2013, aunque no afectó al copago.

La intención de este artículo no es valorar el conjunto de la norma, sino analizar una parte de la reforma que el RDL introduce en la política del medicamento y sus efectos sobre la dispensación a través de la oficina de farmacia.

El RDL redefine todo lo relacionado con la cartera de servicios y la prestación farmacéutica se incluye en un nuevo artículo 8 ter como parte de la Cartera común suplementaria del SNS, junto con la prestación ortoprotésica y la de productos dietéticos, prestaciones a las que en su segundo apartado añade el transporte sanitario no urgente, sujeto a prescripción. La provisión de estas prestaciones queda en el ámbito ambulatorio y, lo que es más importante, se dispone que estarán sujetas a aportación del usuario, es decir, a copago.

En la prestación farmacéutica este planteamiento no es nuevo. Desde el inicio del sistema de previsión social, hace más de 40 años, en la financiación de la prestación farmacéutica ha existido un copago por parte del ciudadano que, una vez que el sistema se financia vía impuestos, puede considerarse repago. Esta participación ha sufrido modifica-

ciones en el tiempo que han afectado a su estructura, al tipo de medicamentos afectados, a la cuantía de la aportación y también a los colectivos afectados por dicho copago.

En un principio, todos los beneficiarios del sistema, con muy escasas excepciones, aportaban parte del coste. Al final de los años 70 se produjo un importante cambio y los pensionistas fueron exentos del copago. A partir de ese momento, los «activos», de los distintos regímenes de seguridad social son los que aportan parte del gasto de la prestación, aunque no siempre en las mismas cuantías. Las mutualidades de

bis, que detalla a lo largo de sus minuciosos 8 apartados la «Aportación de los beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria».

En resumen, se vuelve a generalizar el copago al incluir a los pensionistas o jubilados, más de 9 millones, que son los grandes consumidores de medicamentos, superando el 75% de los financiados por el SNS a la vez que se incrementan también las aportaciones de los activos. Solo se mantiene el sistema de las mutualidades de funcionarios. Se excluye del copago a los parados de larga duración sin subsidio, que representan algo más de un millón de ciudadanos.

La justificación de las políticas de copago en cualquier servicio, y especialmente en los servicios públicos, tiene distintos objetivos. Quizá los más destacados sean conseguir una mayor recaudación y una mayor disuasión en el uso de servicios y en el consumo de bienes y productos

funcionarios han mantenido su sistema propio y han aportado, tanto en situación de activos como jubilados, un 30% de copago, con las excepciones generales antes comentadas. De estas, es de destacar la referida a los medicamentos de aportación reducida (ATC) y enfermedades profesionales.

La aportación a lo largo de estos años no ha tenido en cuenta la renta del beneficiario, ni topes. Las distintas aportaciones se diferenciaban fundamentalmente en función de la citada condición de activo o pasivo.

El RDL y el nuevo copago

El citado RDL modifica sustancialmente el copago al añadir un nuevo artículo 94

El incremento neto es de más de 8 millones de nuevos contribuyentes para los costes del medicamento

Dicho copago se fija en el 10% del PVP del medicamento, se condiciona a una determinada renta del ciudadano y con un tope mensual de aportación al sistema, condiciones estas que también afectan a los pensionistas. En el caso estos últimos se establecen 3 tramos muy aleatorios de renta, sin que nadie haya explicado las razones de su escasa linealidad (menos de 18.000 €; entre 18.000 y 100.000 € y más de 100.000 € de renta). Simultáneamente, se cuantifican inicialmente los topes mensuales de aportación: 8; 18 y 60 €, que ya han sido actualizados con el IPC en febrero de 2013.

Este sistema genera una importante dificultad de gestión al introducir un

Fig. I Gasto total farmacéutico en oficinas farmacia (2012)

	Acumulado Septiembre.	Media mensual (1)	4º T	Media mensual (2)	%(2)/(1)	Total 2012	Total 2011	% 12/11
Gasto	7.565.8	840.6	2.205.1	735.0	-12.6	9.770.9	11.135	-13.9
Recetas	707.2	78.6	206.4	68.8	-12.5	913.7	973.2	-6.51
Gasto/rec.	10.70	10.69	10.68	10.68	0.0	10.69	11.44	-7.01

Fig. II Estimación del gasto total farmacéutico en las oficinas de farmacia (2013)

	Acumulado Septiembre.	Media mensual (1)	4º T	Media mensual (2)	%(2)/(1)	Total 2013	Total 2012	% 13/12
Gasto	6.856.8	761.9	2.359.5	786.5	3.2	9.216.3	9.770.9	-5.7
Recetas	642.3	71.4	220.8	73.6	3.1	863.1	913.7	-5.5
Gasto/rec.	10.67	10.67	10.69	10.68	0.0	10.69	10.69	0.0

nuevo elemento: el reembolso para todos aquellos que sobrepasan mensualmente los topes citados, e introduce también una profunda afectación a la privacidad de las personas al dar una información, aunque sea agregada, sobre su renta, a numerosos y diversos agentes del sistema sanitario que, ni tienen interés en la misma, ni deberían manejarla. En otro momento debería hablarse en profundidad de esto y del proceso de reembolso, debido a la disponibilidad de sistemas de receta electrónica por parte de algo más del 60% de la población afectada.

Objetivos del copago

La justificación de las políticas de copago en cualquier servicio, y especialmente en los servicios públicos, tiene distintos objetivos. Quizá los más destacados sean conseguir una mayor recaudación y una mayor disuasión en su uso, tanto de servicios como de consumo de bienes y productos.

En este caso la normativa persigue un menor consumo de medicamentos y una disminución del gasto, todo ello aderezado con la permanente llamada al uso racional del medicamento. Sin embargo, el copago, como bien saben los expertos, puede contribuir a la irracionalidad del uso del medicamento. A analizar esos efectos se dirige este comentario.

La norma empezó a aplicarse el 1 de julio de 2012 debido a los complejos procesos técnico-administrativos que requirió su puesta en marcha. De hecho no se aplicó en esa fecha en todo el país. Se retrasó su aplicación en Cataluña y no es hasta la primavera de 2013 cuando se aplica en el País Vasco, lo que en

parte, aunque no sea de forma muy significativa, condiciona el análisis cuantitativo de los resultados de la aplicación de esta medida.

Por ello en los cuadros que se acompañan este artículo (fig 1 y 2), se dan datos a partir de junio de 2012 y se cierra en septiembre de 2013 que es el último mes de datos disponible y a su vez el primero en que se puede comparar con una cierta normalidad la evolución de los datos anuales. En junio se produjeron decisiones de gasto previas que distorsionan las cifras y también las del mes siguiente. Agosto siempre es un mes singular, de manera que septiembre nos sitúa en una situación de cierta normalidad, pero deberemos seguir las cifras de los últimos meses de 2013 con mucha atención.

Efecto de la medida

Ya se puede afirmar que el efecto de la medida ha sido el esperado. Se ha incrementado sustancialmente la recaudación y ha disminuido fuertemente el gasto total que financia el sistema público. La aportación media de los usuarios por copago antes de la norma era algo inferior al 6% de la factura y ahora esa aportación, con una aproximación que

se irá ajustando cuando los sistemas de reembolso sean más homogéneos y se extiendan a todas las CCAA, se estima en un 12%.

En términos anuales y sobre un gasto de 9.500 M€ supondría un menor inferior a 570 M€, aproximadamente. Pero también se ha producido el efecto disuasorio en el consumo, que se confirma con el menor número de recetas dispensadas. Un descenso de más de 60 millones de recetas en el primer semestre de aplicación, cuando la variable de las recetas dispensadas se estaba incrementando sistemáticamente desde hacía más de 20 años.

Ese efecto disuasorio sería el responsable de un descenso del gasto en 600 M€ en ese periodo. Las cifras disponibles en este corto periodo de tiempo ponen de manifiesto que la medida ha cumplido sus objetivos: menos gasto por unidad y menos unidades de medicamentos consumidas.

Pero también hay otras valoraciones en referencia al efecto disuasorio. Algunos ciudadanos que no puedan asumir el copago pueden dejar de tomar los medicamentos que necesitan para un buen seguimiento de sus patologías. Los resultados en salud de esa circunstancia son difíciles de evaluar, se necesita mucho tiempo y mecanismos afina-

Fig. III Comparación del gasto septiembre 2013/2012 Total

	Sept. 2012	Sept. 2013	%
Gasto	678.9	744.4	9.6
Recetas	62.8	69.2	10.2
Gasto/receta	10.81	10.75	-0.56

Gasto: en Millones de €. Recetas: en Millones. Gasto por receta: en €

dos, pero hay mucha literatura científica sobre cómo puede afectar el copago al adecuado seguimiento terapéutico y cuáles pueden ser sus efectos en términos de salud.

Afectación a las oficinas de farmacia

¿Ha afectado esta disminución de gasto del sistema y del descenso en el número de recetas a las farmacias?

En cuanto al descenso del gasto aportado por los ciudadanos debido a su mayor aportación, puede decirse que no afecta a la oficina de farmacia. Sí afecta al SNS, porque otros aportan lo que tendría que aportar el sistema, pero como no se ha producido una sistemática afectación de precios, ni de descuentos, el margen de la oficina de farmacia no se ve afectado directamente por esta parte de la variable derivada del copago.

Otra cosa y otro efecto es el derivado del descenso en el número de recetas. Esto sí afecta directamente al resto de agentes –industria, distribución y dispensación– en tanto en cuanto disminuye directamente la facturación del conjunto armónico del sistema y, eso, en la parte que le corresponde, afecta a la oficina de farmacia.

Efecto y mirada a medio y largo plazo

Analicemos el proceso a más largo plazo y agreguemos otra variable que se ha producido y sobre la que ejerceremos finalmente un simple sumatorio: la desfinanciación sobre más de 400 medicamentos que también tuvo lugar en septiembre de 2012.

Si comparamos septiembre 2013 con el mismo mes de 2012 (fig 3) y consideramos que el sistema ya se ha ajustado en cuando a las turbulencias propias del copago a pensionistas que se han comentado, se observa un hecho singular del que no cabe sacar todavía conclusiones, pero sí estar muy atentos. El gasto farmacéutico ha vuelto a aumentar, y ha vuelto a aumentar su componente clave: el número de recetas.

Parece confirmarse una de las constantes que los estudiosos señalan en re-

lación con la aplicación o incremento de copagos. El efecto disuasorio se suaviza con el tiempo y por ello comienza a observarse un incremento del número de recetas.

El efecto recaudación, a favor del sistema, también se incrementa pero, como simultáneamente aumenta el gasto ligado al número de recetas, dependiendo del efecto relativo de esas tendencias antagónicas, tendremos un resultado neto en uno o en otro sentido, a favor del sistema o en su contra. En septiembre de 2013 el resultado final ha sido de incremento neto del gasto, y de una magnitud significativa. Una parte de este resultado, que aún no es fácil de evaluar, podemos atribuirlo a la citada desfinanciación.

Si se consolida esta tendencia, el efecto para la oficina de farmacia es netamente positivo. Lo aportado por el ciudadano no le afecta y, en cambio, sí se incrementa el gasto neto que incide directamente en sus resultados netos, además de disponer de parte del circulo

La desfinanciación conlleva un efecto simultáneo de sustitución. Al efecto inicial de descenso de la demanda se responde por el sistema de prescripción-dispensación con una nueva oferta sustitutiva, de precio medio mayor y financiado, con lo que su influencia en el gasto es positiva

lante, el aportado por los ciudadanos, que le adeuda periódicamente el SNS, y en algunos casos con demoras muy preocupantes.

Si se mantuviera esta tendencia en los próximos meses, el efecto sobre el descenso real del gasto farmacéuticos del SNS debido al incremento del copago al incluir a los pensionistas se atenuaría, perdería parte de su eficacia y se volvería, después del descenso brusco, a una suavización y posterior reequilibrio, impulsado por las inercias estructurales que tienden a hacer crecer el gasto farmacéutico: envejecimiento, cronicidad, efecto sustitución y nuevos medicamentos. De estos factores vamos a fijarnos, para terminar, en dos de ellos.

El primero de ellos está ligado a la desfinanciación. Al haberse solapado con el nuevo copago, la desfinanciación ha introducido un elemento de distorsión en los elementos comparativos, que

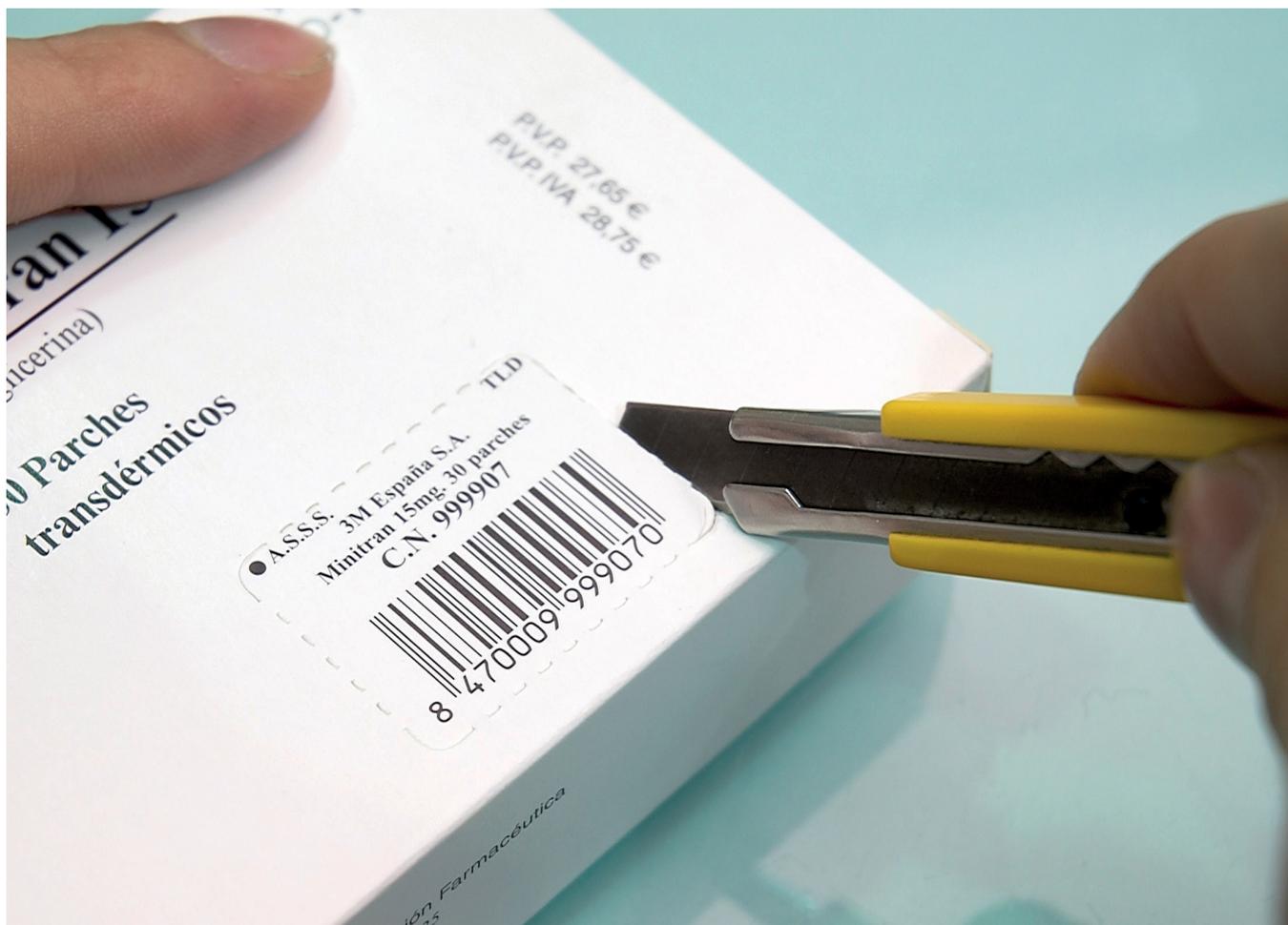
también sigue la pauta prevista por los analistas. Si se dejan de financiar determinados medicamentos de síndromes menores, de precio bajo, pero eficaces y seguros terapéuticamente, inicialmente baja su consumo y aún más si coincide con un incremento del copago y con una situación generalizada de crisis de empleo y de rentas.

La consecuencia inmediata por parte del paciente es la demanda al médico de que sustituya esos medicamentos desfinanciados por otros financiados y sometidos al copago general, de los que los pensionistas asumirán el 10% del coste, teniendo en cuenta los topes de aportación. Esa sustitución se comienza a producir poco a poco y con ello se incrementa suavemente el gasto general del sistema. Ese elemento debe también ponderarse para explicar lo que ha pasado en septiembre de 2013. Para la farmacia esto es positivo, ya que aumenta el consumo neto.

En cuanto a los nuevos medicamentos y su influencia en el mayor gasto,

en estos dos últimos años de política de recortes, ños medicamentos «innovadores» se han visto afectados negativamente en cuanto a su aprobación, financiación y precio. El gasto general por este concepto no se ha visto muy afectado y en todo caso su incidencia será más destacable en el gasto farmacéutico hospitalario que en la oficina de farmacia.

Sobre la evolución del gasto en 2013, y especialmente a partir de la aplicación del RDL16 en relación con el incremento notable del copago y la desfinanciación posterior, medidas que empezaron a aplicarse en julio y septiembre de 2012 respectivamente, se ha hecho un ejercicio sencillo de previsión. Se considera un incremento del 7% para cada uno de los tres meses del último trimestre del 2013 en relación con el gasto conocido y producido en los mismos meses de 2012. Eso llevaría el gasto total estimado en 2013 a 9.216.3 M€ –un



5,7% inferior al de 2012 como se recoge en los cuadros que acompañan este artículo—. Descenso mucho menor que el correspondiente a la aplicación solo durante un semestre en 2012 de las nuevas medidas que produjeron una contracción del gasto del 14% respecto al total de 2011.

De producirse esta previsión, podría concluirse que las políticas de incrementos sustanciales de copago tienen un efecto muy agudo sobre el gasto en sus primeros momentos de aplicación por la concatenación del doble efecto recaudación – disuasión, que se va diluyendo por la atenuación de la disuasión. Destacar en este sentido que es presumible que en todo el año 2013 el descenso en número de recetas sea de 50 millones mientras que en el segundo semestre de 2012 fue de 60 millones. Conviene destacar que la desfinanciación conlleva, presumiblemente, un efecto simultáneo de sustitución. Al efecto inicial de descenso de la demanda se responde por el sistema de pres-

cripción – dispensación con una nueva oferta sustitutiva, de precio medio mayor y financiado, con lo que su influencia en el gasto es positiva.

La suma de ambos procesos puede consolidarse en un nuevo recorrido de incrementos globales del gasto farmacéutico en el que jueguen autónomamente los factores estructurales ligados al envejecimiento y la cronicidad y, en menor medida, la puesta en circulación de nuevos medicamentos innovadores, cuyo ámbito de dispensación y aplicación fundamental no es la oficina de farmacia.

Como ha venido sucediendo históricamente, quizá con más intensidad en los últimos tres años, son de esperar nuevas medidas de recorte o ajuste, y a corto plazo es probable que se aplique un sistema más extenso e intenso de precios de referencia y de medidas de competencia, favorecidas por los sistemas de precio menor y más bajo. Tampoco sería de extrañar la homologación a la hora de sustituir medicamentos de igual pre-

cio de la marca con el genérico, desarrollando lo previsto en la Ley 10/2013 de modificación de la Ley de Garantías, en relación con las siglas EFG, lo que afectará a la cuantía de posibles descuentos. También puede desarrollarse lo previsto sobre precios seleccionados, sistema desconocido pero que puede situarse entre algoritmos y subastas.

Otras medidas más radicales, relacionadas con el modelo sanitario o farmacéutico y directamente con el medicamento vía precios o descuentos, parece que no tengan fácil espacio técnico y tampoco político, ya que el calendario empieza a estar condicionado por las citas electorales

Estimación

Se considera que durante los meses de octubre noviembre y diciembre de 2013 se va a producir un incremento del 7% en gasto y número de recetas. Esas cifras definen el gasto por receta. □