

Donant voltes al copagament en sanitat

Miquel Bruguera, Marc Soler

Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.

Resum

Els autors reivindiquen que hi hagi un debat seriós i racional sobre el copagament en el sistema sanitari públic. Consideren que és un procediment eficaç per racionalitzar la demanda sanitària i fomentar el sentit de responsabilitat de l'usuari del sistema, però reconeixen que pot tenir efectes inconvenients per als sectors de renda més baixa. Una alternativa al copagament pot ser concedir autonomia als metges d'atenció primària perquè siguin ells els que regulin i controlin la demanda.

Introducció

Des de fa anys apareixen cíclicament, en les pàgines dels diaris i en altres mitjans de comunicació, opinions a favor i en contra de la introducció de sistemes de coresponsabilització econòmica dels usuaris del sistema sanitari públic. La majoria dels que es manifesten favorables a la imposició d'algun tipus de copagament basen la seva opinió en la necessitat de frenar un ús inadequat del sistema, que podria posar en perill la seva sostenibilitat, mentre que els que es posicionen en contra ho fan per raons ideològiques, perquè consideren que trencaria un principi essencial del nostre sistema de salut, com es la seva gratuïtat, i que previsiblement perjudicaria les persones amb nivells més baixos de renda, que són alhora les que més necessiten de l'assistència sanitària, i que podrien deixar d'anar al metge per no gastar diners, encara que els fes falta.

En realitat, però, no ha existit un autèntic debat, perquè no hi ha hagut voluntat política d'impulsar-lo, tot i que el copagament dels medicaments ja existeix i no es

pot dir que la fórmula que tenim a Espanya sigui un model d'equitat. No interessa gaire als polítics parlar de copagament perquè creuen que aquesta seria una mesura clarament impopular. Saben que a ningú li agradaria pagar per una cosa que fins ara era gratuïta i, per tant, només polítics amb visió de futur i amb capacitat d'explicar convincentment les raons d'aquesta decisió podrien proposar algun tipus de copagament. Una dificultat complementària per a la seva eventual introducció és la poca coordinació existent per a la presa de decisions entre les 17 comunitats autònomes de l'Estat.

Els metges tenen poca tendència a parlar d'aquest tema perquè temen que se'ls pogués encarregar alguna funció relacionada amb el cobrament, situació incòmoda perquè el copagament és vist com un instrument per penalitzar els ciutadans que fan un ús inapropiat del sistema sanitari. Els metges es volen comprometre amb l'assistència però no en determinar qui hauria de pagar i qui no. Per altra banda, si fóssim els metges els que portem la iniciativa de parlar del copagament podríem donar la idea que en som partidaris i, segurament, entre els metges hi ha opinions diverses. Creiem, personalment, que hem d'aportar la nostra opinió sobre si s'ha de considerar que aquesta mesura pot frenar una freqüentació abusiva d'un sector de ciutadans del nostre sistema de salut, perquè estem en condicions de jutjar quantes de les visites que es fan als centres d'assistència primària (CAP) o als serveis d'urgències estan poc justificades.

Creiem que el debat s'hauria de produir, però d'una manera ordenada i racional, defugint les posicions simplistes, a favor o en contra.

En primer lloc, caldria examinar si el copagament pot ser un bon instrument per frenar la demanda excessiva que pateix el sistema sanitari a conseqüència, en part, d'una hiperfreqüentació excessiva. Alguns estudis xifren en 10 visites anuals de mitjana les consultes d'atenció primària, el que ens col·loca després de Japó com el país més consumista en sanitat (*OECD Health Data*, 2008) (Taula 1).

També hauríem d'examinar si hi ha mètodes alternatius per frenar la utilització innecessària, com ara millorar l'educació sanitària o el sentit de responsabilitat dels ciutadans, o la reducció de la cartera de prestacions i, en cas

Correspondència: Dr. Miquel Bruguera i Cortada
Col·legi Oficial de Metges de Barcelona
Passeig de la Bonanova, 47
08017 Barcelona
Tel. 93 567 88 01
Fax 93 567 88 24
Adreça electrònica: secredir@comb.es

TAULA 1. **Visites al metge a diferents països (2003).**
Nombre per càpita

País	Visites per càpita
Àustria	6,7
Bèlgica	7,8
Canadà	6,0
Dinamarca	7,3
Finlàndia	4,2
França	6,8
Alemanya	7,6
Japó	13,8
Holanda	5,5
Portugal	3,7
Espanya	9,5
Suècia	2,8
Gran Bretanya	5,2
Estats Units	3,9

Font: OECD Health Data 2008. Versió de juny de 2008.

afirmatiu, valorar si la seva implantació seria més o menys eficaç que el copagament.

Si, finalment, es considerés que el copagament és la menys dolenta de les solucions, s'hauria d'examinar el més difícil: 1) a qui s'aplica, 2) per quines prestacions, 3) qui l'aplica, 4) de quina magnitud ha de ser la coresponsabilització perquè tingui un efecte dissuasori del mal ús, 5) com s'aplica per tal que els costos de gestió no facin que la mesura sigui econòmicament carregosa, i 6) com es minimitzen els efectes negatius en salut que la mesura pot comportar.

Per què el copagament?

El que es pretén amb aquesta mesura és aconseguir un efecte doble: frenar la demanda mèdica innecessària, és a dir, la que no té conseqüències beneficioses per a la salut i, al mateix temps, fer que el ciutadà recuperi la consciència que la sanitat és cara i que cadascun de nosaltres n'ha de fer un bon ús. El que és gratuït no ofereix la mateixa sensació de valúos que les coses que tenen un cost.

Ningú del sector pot negar que part de la ineficiència del nostre sistema sanitari està relacionada amb un excés de consumisme. Un informe recent que ha fet públic la Societat Espanyola de Metges de Medicina General (SEMERGEN) indica que 1 de cada 4 pacients va al metge d'atenció primària sense un motiu justificat 12 cops l'any. Els hiperfreqüentadors suposen el 10% de la despesa sanitària global.

No s'ha de pretendre del copagament un efecte recapitatori addicional per ajudar a finançar la sanitat; ha de contribuir a que se'n faci un bon ús, estimulants el sentit de responsabilitat.

No s'ha de veure el copagament com una decisió que perjudica els més pobres. En les condicions actuals d'alta pressió sobre l'atenció primària, els més perjudicats són els de rendes més baixes perquè no poden optar per alternatives a la sanitat privada.

És el copagament una mesura dissuasòria de l'ús inapropiat del sistema sanitari?

El que sí és evident és que el tiquet moderador redueix notablement la freqüentació. Diferents estudis demostren aquest fet¹. Només cal veure el contrast entre la proporció anual de visites d'atenció primària a Espanya (9,5 per habitant/any), on tenim un sistema sanitari de "barra lliure", amb les de Finlàndia (4,2) o Suècia (2,8), on hi ha tiquet moderador.

La reducció de l'ús dels recursos sanitaris té, però, un efecte negatiu en la salut dels més pobres, els vells i els malalts crònics, per la qual cosa l'aplicació d'algun sistema de copagament hauria de tenir en compte aquests fets per aplicar mesures que contrarestin aquests efectes negatius.

Costas Lombardia² senyala que el copagament, que és un tractament eficaç contra el malbaratament, opera com tots els medicaments útils. La seva activitat farmacològica va inevitablement acompanyada d'efectes indesitjables. En el cas del copagament, aquests es podrien mitigar amb exempcions a les persones més vulnerables, per certs actes mèdics o determinats tractaments, o segons la renda o el tipus de malaltia de base. El que semblaria poc lògic seria deixar d'utilitzar medicaments útils per la por a efectes secundaris manejables.

Hi ha algun sistema alternatiu al copagament per frenar l'ús inapropiat dels serveis sanitaris?

La identificació de les causes de la hiperfreqüentació i l'anàlisi dels comportaments dels metges ens permetria, potser, intuir si podem modificar la demanda mèdica innecessària sense recórrer al copagament.

Segurament, els metges tenim una certa responsabilitat en la massificació de les consultes d'atenció primària perquè ens hem atipat de recomanar que es vagi al metge quan es noti algun símptoma de malaltia, per poder combatre-la precoçment; hem advertit dels perills de l'auto-medicació, hem predicat sobre la necessitat de vigilar-se la pressió i el colesterol i sobre la conveniència de vacunar-se. Sembla que anéssim captant malalts, com si tinguéssim por que ens diguessin que treballem poc. Ara no podem canviar aquests missatges, en part perquè continuen sent vàlids i en part perquè no ens entendríem si els canviéssim.

El que potser ens ajudaria a frenar la demanda inapropiada fóra que els metges tinguessin una autèntica capacitat de gestionar la seva agenda de treball. Que fossin els

metges els que determinessin la freqüentació que han de tenir els malalts en funció del seu problema de salut i tinguessin el temps i la capacitat de convèncer els que visiten excessivament el metge per depressió, problemes de fatiga crònica, patologia osteoarticular i altres causes d'hiperfreqüentació, que han d'aprendre a conviure amb els seus problemes i que els metges i les infermeres només poden ajudar-los però, segurament, no curar-los.

També ajudaria a frenar la hiperfreqüentació la possibilitat d'escollir metge per part dels malalts, ja que una major confiança cap al metge triat lliurement comporta una major confiança en els malalts i una major autoritat moral del metge per influir en el comportament del pacient.

Hauríem d'entendre que la hiperfreqüentació a la qual estan sotmesos l'atenció primària i els serveis d'urgències dels hospitals és molt negativa i s'ha de tractar de combatre amb eficàcia. La hiperfreqüentació causa estrès als metges, incrementa el cost –perquè cada visita acaba amb una o més d'una prescripció o amb alguna petició de prova– i també incrementa el risc d'efectes adversos per la medicació prescrita, molt sovint, innecessàriament.

Quan i com aplicar el copagament?

Segurament aquesta és la qüestió més delicada i la que exigiria càlculs més complexos. Implica determinar quines circumstàncies justifiquen que s'exigeixi el pagament d'una quantitat econòmica, encara que sigui mòdica, sense descoratjar l'ús raonable del sistema sanitari. Per què s'hauria de fer pagar? Per les visites mèdiques a l'especialista que no ha demanat el capçalera? Per les visites a urgències que es demostra que no són urgents? Per les visites al metge de capçalera repetides? Per les proves de laboratori o d'imatge que es vol fer el pacient? Per l'hoteleria en cas d'hospitalització? Per l'ingrés hospitalari que superi un determinat nombre de dies? Totes aquestes causes, o només algunes, podrien ser considerades com a possibles circumstàncies on aplicar el copagament.

També s'ha d'analitzar la quantia del tiquet moderador, i la manera de cobrar-lo, tot evitant costos de gestió que el faci car o complicat. També caldrà establir tot el conjunt de mesures per minimitzar els efectes secundaris, com serien les circumstàncies d'exempció de la seva aplicació per raons econòmiques o d'una altra naturalesa. L'examen del que passa en els països amb sistemes de copagament, com Suècia, Alemanya, Finlàndia o França, ens permetria examinar quins procediments s'han experimentat i els seus beneficis i inconvenients.

Conclusió

No hi ha hagut encara un debat seriós sobre el copagament en sanitat en el nostre país, on existeix només un copagament força injust pels medicaments, mentre que a la majoria de països d'Europa la coresponsabilització econòmica de l'usuari s'estén a altres prestacions.

La conveniència del copagament es planteja com un mètode per racionalitzar el consum excessiu que té el nostre país en visites al metge d'atenció primària i als serveis d'urgències, afavorit per la manca de restriccions que té el sistema a qualsevol demanda dels ciutadans.

El copagament pot ser eficaç per reduir la demanda innecessària, però també comporta el risc d'empitjorar la salut a la gent amb poc recursos.

Una franca autonomia dels metges d'atenció primària per gestionar la seva agenda seria una possible alternativa al copagament. En el cas que es considerés que el copagament és convenient, caldria discutir amb molt rigor a qui s'aplicaria, quines exempcions tindria, per quina quantitat hauria de ser i per quines prestacions.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Rice T, Morrison KR. Patient cost sharing for medical services: a review of the literature and implications for health care reform. *Med Care Rev.* 1994;51:235-87.
2. Costas Lombardía E. Sobre el copago. *El País.* 2004 Jul 20; Sec. Salud, Tribuna. [Consulta feta l'1 d'abril de 2009]. Disponible a: http://www.elpais.com/articulo/salud/copago/elpepisa/20040720elpisal_2/Tes