

Cómo regular los precios farmacéuticos de forma eficiente y equitativa

The drug bargaining game: pharmaceutical regulation in Australia

Wright D J (2004)

RESUMEN

Contexto y objetivo

El gobierno australiano regula los precios de los medicamentos a través del Plan de Beneficios Farmacéuticos (PBS) para brindar a todos los residentes australianos el acceso a medicamentos necesarios a precios asequibles. Hasta ahora, todos los modelos teóricos al respecto ignoraban las interacciones estratégicas entre empresas, así como la negociación sistema-empresa. Este artículo las incluye para averiguar las implicaciones del diseño del PBS australiano.

Método

Teniendo en cuenta que en Australia las farmacéuticas son de propiedad extranjera y que el mercado farmacéutico australiano es pequeño en relación al mercado mundial, se modeliza el PBS en cinco etapas de forma teórica. En la primera, la farmacéutica decide si introducirse en el proceso de regulación. En la segunda, determina la calidad del medicamento. En la tercera, dado el precio regulado, el regulador elige qué empresas regular. En la cuarta, regulador y empresa negocian una transferencia implementada vía precio acordado. Finalmente, en la quinta etapa, las empresas, con medicamentos de distinta calidad, compiten entre sí en el mercado. Se hacen distintos supuestos sobre los precios. Se supone la existencia de dos tipos de productores, uno de medicamentos de alta calidad y otro de baja y de dos tipos de consumidores, uno más general y otro al que se le hacen concesiones. En Australia todos los medicamentos se regulan al mismo precio.

Resultado

Considerando las distintas opciones de fijación de precios, se obtiene que fijar diferentes precios para los medicamentos de una misma clase terapéutica resulta más eficiente que regular sólo los de alta calidad o que no regular en absoluto.

En el caso de que se regulen los precios de ambos productores y se fije un precio único para todos los productos de una misma clase (como en Australia), la empresa de baja calidad no venderá ninguna unidad, pero estará mejor bajo regulación que sin ella si recibe una transferencia incentivadora. En este caso lo más adecuado es establecer dos tipos de precios según las características de los consumidores y según criterios de eficiencia y equidad.

El proceso de negociación asegura que cualquier empresa regulada obtiene una mayor recompensa bajo regulación que sin ella. Para determinar el precio bajo negociación sólo debe tenerse en cuenta el excedente que se genera y la cantidad vendida a dicho precio.

La mera presencia de un genérico nuevo aumenta el excedente del regulador incluso aunque dicha empresa no venda nada, si bien se requiere la renegociación de la transferencia y del precio acordado con la empresa.

Conclusiones

El precio fijado por la regulación australiana denota un mayor interés por la equidad que por la eficiencia. Se sugiere la reexaminación de aquellas políticas que fijan un único precio para todos los medicamentos de una misma clase. En el caso de fijar un solo precio, es preferible dividir a los pacientes en dos grupos, e imputarle a cada uno un copago distinto.

COMENTARIO

La regulación de precios farmacéuticos surge como una herramienta para controlar la equidad en el acceso. Normalmente, el precio fijado se encuentra por debajo del de mercado, por lo que, para incentivar la participación de las empresas, el gobierno les aporta transferencias. A menudo, dichas transferencias están implícitamente incorporadas en el precio acordado con las empresas.

Este estudio sugiere la reexaminación de aquellas políticas que fijan un precio único para todos los medicamentos de una misma clase, recomendando en cambio un precio regulado para los medicamentos de marca distinto del de los genéricos. En caso de fijar un precio único, resulta beneficioso separar a los consumidores en varios grupos según sus necesidades y características socioeconómicas, y establecer precios distintos para cada uno de ellos. En Australia se realiza una división de este tipo, distinguiendo a los pacientes entre los generales, que pagan un copago máximo de 29,5 AUS\$ por medicamento, y los selectivos (personas de pocos ingresos, poseedores de la tarjeta de asistencia sanitaria, etc.), que pagan como mucho 4,7 AUS\$ por medicamento. Estos copagos han crecido asimétricamente en el tiempo, ya que en 1990 el general ascendía a 10 AUS\$ y el selectivo a 2,7AUS\$. Además, para asegurar la equidad en el acceso, el PBC incluye redes de seguridad para los pacientes. Consisten en que cuando el gasto anual en medicamentos de un determinado individuo y/o su familia llega hasta un determinado umbral (960AUS\$ para el general y 254AUS\$ para el selectivo), éstos pueden consumir los productos gratuitamente.

Otra implicación del estudio es que, aunque el precio regulado-negociado se sitúe por debajo del precio no regulado de la empresa de alta calidad, dicha empresa alcanza un excedente mayor en este caso que en ausencia de regulación. En este sentido, la hipotética hostilidad del sector hacia la regulación sería un intento de extraer en la negociación una mayor parte del excedente total.

La mayor limitación del estudio es que asume que hay información completa, lo cual es irreal. Supone que tanto el regulador como las empresas conocen la

estructura de preferencias y su distribución, la calidad de los medicamentos y todos los costes de las empresas. Además, no resulta extrapolable a muchos de los países desarrollados, ya que toma la perspectiva de Australia, un país no productor de productos farmacéuticos y con un mercado farmacéutico pequeño, por lo que sus decisiones no afectan a la decisión empresarial de realizar I+D. Obviamente, no puede afirmarse lo mismo en el caso de otros países.

El Plan de Beneficios Farmacéuticos australiano es similar a otros establecidos en otros países. El comité asesor del Plan también elabora las recomendaciones sobre los medicamentos a incluir en el plan basándose en el coste-efectividad de los mismos, siendo la seguridad y la efectividad del medicamento un requisito necesario, aunque no suficiente. Permite la participación en este sistema a visitantes extranjeros residentes en países con acuerdos recíprocos con Australia, como Nueva Zelanda, Reino Unido, Irlanda, Italia, Suecia, Holanda, Noruega o Finlandia.

En su primer año de existencia (1948), el PBS costó el equivalente a 180.000€. En la actualidad, su coste asciende a unos 3.000 millones de euros anuales, proviniendo 540 millones € de los copagos de los pacientes. El coste de este tipo de planes es elevado, pero supone uno de los pilares de la Sociedad del Bienestar, al hacer prevalecer la equidad sobre la eficiencia.