

Cuadernos de Información Económica, 143: 77-89; 1999

LA APLICACIÓN DE PRECIOS DE REFERENCIA A LOS MEDICAMENTOS

18 de Enero de 1999

*Jaume Puig Junoy y Guillem López Casasnovas
Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES),
Universitat Pompeu Fabra, Barcelona*

1. INTRODUCCIÓN

La preocupación por la racionalización del consumo de medicamentos en España tiene su origen lógico tanto en la evolución como en el nivel de gasto farmacéutico soportado por nuestro sistema sanitario en relación al de los países de nuestro entorno más próximo. España constituye, sin duda alguna, un caso atípico en el entorno de la Unión Europea (UE) en lo que se refiere a participación relativa del gasto farmacéutico sobre el gasto sanitario nacional. Así, desde una perspectiva temporal reciente observamos como en 1996, España situaba su gasto farmacéutico público sobre el gasto sanitario público total en un 18,9% (el 19,5% en 1997), siendo ésta la proporción más elevada entre los países de la Unión Europea (UE) después de Portugal. Esta cifra es notablemente superior a la media de los países de la Unión Europea que se sitúa en torno al 11,9%. Conviene dejar constancia, en todo caso, que el gasto farmacéutico per cápita ha pasado también a mostrar en términos per cápita valores superiores a la medida de los países de la UE (152 ECUs per cápita ajustados por la paridad del poder adquisitivo en España, frente a 129 ECUs en la UE como promedio en 1996), lo cual contrasta con las cifras inferiores para el resto del gasto sanitario público. El gasto público farmacéutico per cápita es claramente superior, en el contexto de la UE, al de países con un nivel de renta per cápita más elevado como Holanda, Bélgica o Reino Unido.

Desde 1990 y hasta la actualidad, el esfuerzo por la contención de la factura farmacéutica pública ha recaído en diversidad de instrumentos sin que ninguno de ellos haya mostrado excesiva efectividad para contener el gasto (Nonell y Borrell, 1998): mayor control del presupuesto de gastos farmacéuticos del Servicio Nacional de Salud, modificaciones de las tasas de copago de algunos fármacos para enfermos crónicos, exclusiones de medicamentos de la financiación pública, y acuerdos con los laboratorios y farmacias. El Acuerdo de la Subcomisión Parlamentaria para avanzar en la consolidación del Sistema Nacional de Salud, de 30 de septiembre de 1997, propone desarrollar nuevas fórmulas para la racionalización de la prestación farmacéutica como medida de contención del crecimiento del gasto. Las tres medidas elegidas en esta dirección son las siguientes: a) separación entre registro y financiación pública de los medicamentos a fin de permitir la financiación selectiva, b) promoción de

medicamentos genéricos y aplicación de *precios de referencia (PR)* como sistema de pago por parte del sector público, y c) mejora de la información sobre el consumo de cada paciente y prescriptor, con la posibilidad de establecer presupuestos farmacéuticos en cada unidad asistencial.

La propuesta sobre genéricos y precios de referencia no es nueva en España, puesto que ya a finales de 1996 se adoptaron medidas legislativas incluyendo el concepto de especialidad farmacéutica genérica (EFG) en la Ley del Medicamento (Ley 13/96, de Acompañamiento de los Presupuestos de 1997), con vistas a una futura limitación de la financiación pública basada en el principio activo. Los aspectos relativos al registro y autorización de los genéricos han sido desarrollados mediante la Circular 3/97 de la Dirección General de Farmacia. La EFG se define como aquella con la misma forma farmacéutica e igual composición cuantitativa y cualitativa en sustancias medicinales que otra especialidad de referencia, cuyo perfil de eficacia y seguridad esté suficientemente establecido por su continuado uso clínico. Las condiciones que debe cumplir la EFG son: a) la bioequivalencia con respecto al producto original, y b) el transcurso de diez años en el mercado de la especialidad original. La bioequivalencia o biodisponibilidad se refiere a la capacidad de que el principio activo pase a la circulación sistémica. La bioequivalencia puede variar de un producto a otro a causa del proceso de fabricación y de los excipientes de la modalidad farmacéutica.

La propuesta de la Subcomisión Parlamentaria sobre creación de un mercado de genéricos y aplicación de precios de referencia en la financiación pública de los medicamentos intenta, al menos en teoría, fomentar la competencia de precios en un mercado tan regulado como el farmacéutico, con la finalidad de contribuir a moderar el crecimiento del gasto público sanitario por la compra de medicinas. Tal como se ha hecho público recientemente, el Ministerio de Sanidad y Consumo tiene previsto implantar durante 1999 un sistema de precios de referencia para la financiación pública de diversos grupos de medicamentos.

El objetivo de esta nota consiste en ofrecer una aproximación a las ventajas e inconvenientes de los sistemas de precios de referencia como sistema de pago de los medicamentos bajo financiación pública, así como presentar una primera valoración del potencial impacto de esta política en el sistema sanitario español.

2. OBJETIVOS Y CARACTERÍSTICAS

Las políticas de establecimiento de precios de referencia como estrategia de contención del gasto farmacéutico consisten en definir un nivel máximo de reembolso para la financiación pública de fármacos prescritos, siendo a cargo del paciente la diferencia entre dicho nivel y el precio de venta del producto elegido. La cuantía máxima reembolsable o *precio de referencia* se determina en relación a un grupo de fármacos alternativos, considerados comparables o equivalentes. Desde su introducción en Alemania en 1989, los sistemas de precios de referencia se han aplicado en Holanda, Suecia, Dinamarca, Nueva Zelanda, British Columbia (Canadá), Noruega, Italia y Australia. Las características básicas de la aplicación de los precios de referencia en estos países se puede observar en el Cuadro nº 1. En la actualidad, diversos países han

anunciado o están estudiando proyectos de introducción de precios de referencia, tales como España, Bélgica, Portugal, Grecia, Japón, etc.

[Cuadro nº 1]

Como sistema de reembolso, el objetivo más inmediato de los precios de referencia es el control del gasto farmacéutico público. Se basa en el supuesto de que la moderación del gasto público debería conseguirse mediante la reducción del precio pagado por los productos sometidos a precios de referencia a la vista del mayor coste que suponen para el usuario. Puede observarse, como la participación del paciente en el coste de producto sometido a este sistema, a diferencia de los co-pagos tradicionales, resulta *evitable* si el paciente y/o el médico seleccionan un producto con un precio no superior al de referencia.

Los sistemas de reembolso basados en precios de referencia se caracterizan por los siguientes cinco rasgos básicos (López-Casasnovas y Puig-Junoy, 1998):

1. Los productos se clasifican en subgrupos de medicamentos “equivalentes” (con efectos terapéuticos “similares”).
2. El precio de referencia es el reembolso máximo y único para todos los medicamentos del mismo subgrupo (el asegurador limita el riesgo asumido).
3. El precio de referencia se establece en base a algún punto (mínimo, mediana, etc.) de la distribución de precios observados en el mercado.
4. Las empresas farmacéuticas tienen libertad de fijación de precios de los productos sujetos a PR.
5. Si el precio de venta fijado por el productor es superior al precio de referencia, el paciente paga la diferencia (co-pago variable y evitable).

La aritmética básica de los sistemas de PR es la siguiente. Sea Pr el precio de referencia, P_c el precio que tiene que pagar el consumidor, Pl el precio de venta establecido por el laboratorio y k el porcentaje de co-pago. En este contexto, podemos analizar dos situaciones:

Caso 1: Si $Pl_1 < Pr$, P_c se fija en kPl .

Caso 2: Si $Pl_2 > Pr$, P_c se fija en $Pl - Pr + kPl$.

El subsidio implícito en cada caso será $T_1 = (1-k)$ y $T_2 = (Pl_2 - P_c) / Pl_2 = (Pr - kPl_2) / Pl_2$. Puesto que $Pl_1 < Pl_2$ and $Pl_2 > Pr$, la relación entre T_1 y T_2 dependerá de k y de Pr . Es decir, el porcentaje de subsidio neto por producto es mayor cuanto menor es la diferencia entre Pr y Pl_2 , y menor el co-pago k .

3. TIPOLOGÍA DE LOS SISTEMAS DE PRECIOS DE REFERENCIA

Los primeros países en introducir sistemas de PR comparten, en grados distintos, tres características. En primer lugar, en muchos de ellos los precios de los medicamentos eran libres (Alemania, Dinamarca y Nueva Zelanda). En segundo lugar, los medicamentos genéricos suponen una cuota de mercado bastante importante cuando se introducen los PR: por ejemplo, el 16,1% de las ventas de medicamentos prescritos en las farmacias en Alemania, el 22% en Dinamarca y el 12.6% en Holanda. Y, en tercer lugar, el sector público es el comprador mayoritario de medicamentos: 71,4% de las ventas en Alemania, 64,2% en Holanda, 79,2% en Noruega, 71,2% en Suecia, 50,5% en Dinamarca o 58,8% en Nueva Zelanda. En el Cuadro nº 2 puede observarse la situación comparativa del gasto público farmacéutico en los países de la OCDE en 1996 en base a diversos indicadores.

[Cuadro nº 2]

En el caso de esta medida los detalles de la aplicación del sistema son muy importantes para poder predecir el impacto de la estrategia de implantación de los PR. Los problemas e incentivos perversos aparecen en los detalles del sistema, pudiendo convertir, con mucha facilidad, una buena idea teórica en una mala realidad (Danzon, 1998).

Los sistemas de precios de referencia existentes difieren en la práctica, en primer lugar, de acuerdo con la proporción del mercado cubierta. Esta es función a su vez del criterio de equivalencia elegido para agrupar fármacos, y a la inclusión o no de los fármacos bajo patente.

Existen tres niveles de equivalencia para agrupar los productos que se someten a idéntico nivel máximo de reembolso: el de equivalencia química, farmacológica y terapéutica. El primer nivel implica establecer grupos para el mismo principio activo, que incluyen al mismo tiempo genéricos y productos de marca cuya patente ha expirado. Este es el sistema aplicado en Suecia, Dinamarca y Noruega, y el incluido en la propuesta española. Se trata de especialidades bioequivalentes con “idéntica composición cualitativa o cuantitativa, forma farmacéutica, dosis, vía de administración y presentación”.

Existen dos niveles adicionales de equivalencia que permiten aumentar la cuota de mercado de los productos sometidos a este control, y que se excluyen en la propuesta española. El segundo nivel de aplicación agrupa en la misma categoría fármacos con principios activos comparables desde el punto de vista farmacológico y terapéutico, como inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina; este nivel ha sido el considerado en Australia y British Columbia. Y, el tercer nivel, agrupa productos con la misma función terapéutica, por ejemplo, todos los anti-hipertensivos. Así pues, el segundo y tercer nivel pueden incluir o excluir los fármacos protegidos por patentes. Alemania aplica el tercer nivel de equivalencia pero excluye los productos bajo patente desde principios de 1996, que, en cambio, sí son incluidos bajo el sistema de precios de referencia en Nueva Zelanda y Holanda.

El fomento de la competencia entre productos potencialmente equivalentes como resultado de la aplicación de PR es eficiente sólo si los productos clasificados en el mismo subgrupo son sustitutos perfectos para la mayoría de los pacientes y si ha finalizado el período de protección de la patente, ya que precisamente la patente pretende proteger durante un tiempo limitado de la competencia de los sustitutos.

La extensión de sistema de precios de referencia a los niveles de equivalencia 2 y 3 no está exenta de controversias muy importantes. Existen multitud de problemas derivados de la heterogeneidad de los efectos de los fármacos a nivel de cada paciente, lo cual acaba complicando en gran medida su aplicación. Las respuestas fisiológicas al nivel de los pacientes individuales a cada fármaco pueden ser distintas debido a variaciones en calidad, absorción, indicaciones, efectos secundarios, diferencias en la preparación química, forma de aplicación, frecuencia de efectos no deseados, contra-indicaciones, etc. Ello hace que los países que no limitan el alcance de los PR acaben teniendo que realizar múltiples excepciones individualizadas que son causa de disputa entre profesionales y ente asegurador y fuente de importantes costes de transacción. Estos se concretan en cómo formular la excepción, en qué período se aprueba, en qué responsabilidades se incurre en el interín del 'silencio administrativo', grado de consentimiento informado requerido entre prescriptor, paciente y dispensador, etc.

4. VENTAJAS E INCONVENIENTES

Tres son los principales argumentos a favor de los precios de referencia. En primer lugar, este sistema no impone precios a las empresas, el criterio es transparente y cualquiera de ellas puede intentar conservar su cuota de mercado aceptando el precio de referencia. En segundo lugar, a diferencia de lo que acontece con las listas negativas (exclusiones), no impone ninguna restricción directa sobre la libertad de prescripción de los profesionales, puesto que todos los productos se mantienen bajo financiación pública. Y, en tercer lugar, el sistema pretende mejorar la relación coste-efectividad ya que la moderación del gasto busca el mantenimiento de la efectividad. El sistema consigue en general mejor sus objetivos cuanto más se relaciona la factura farmacéutica con la presión de precios y cuando los diferenciales de precios en el mercado para productos equivalentes es elevado, lo cual está muy relacionado con la presencia de genéricos.

La principal desventaja de los precios de referencia reside en que la contención de costes no se consigue siempre, y cuando ésta se produce tiene una duración corta. Las causas del limitado efecto (ahorro reducido y efecto sólo a corto plazo) de los precios de referencia sobre la contención del coste se deben a: (a) se aplican, como veíamos, sobre una proporción limitada del mercado, que, en general, no es la que lidera el crecimiento del gasto; (b) las empresas reaccionan recuperando las pérdidas en los productos cubiertos por el sistema mediante aumentos en los precios de los productos no cubiertos; (c) y, el sistema intenta controlar los precios, pero no influencia el aumento en el número de medicamentos prescritos ni la estructura de este consumo.

La aplicación de precios de referencia a medicamentos completamente equivalentes (sustitutos perfectos) y cuya patente ha expirado (por ejemplo, medicamentos genéricos)

es un mecanismo que aumenta la eficiencia del gasto sanitario. Sin embargo, la ampliación del alcance de los PR mediante la aplicación de los niveles de equivalencia farmacológica y terapéutica (niveles 2 y 3) presenta, en resumen, dos inconvenientes principales que limitan sobremanera la eficiencia de la medida. En primer lugar, la clasificación de dos productos, A y B, en el mismo subgrupo y con el mismo nivel máximo de reembolso pero con precio de venta distinto presenta problemas cuando el paciente tiene información imperfecta: el paciente no conoce bien las diferencias en eficacia y efectos secundarios a no ser que el médico invierta su tiempo en explicárselo, para lo cual tiene escasos incentivos. En segundo lugar, los costes de administración de las excepciones, así como los costes por utilización sanitaria adicional derivada del cambio de medicamento y el tiempo empleado por los médicos en dar explicaciones a los pacientes pueden compensar las ganancias potenciales del sistema.

Asimismo, la inclusión de medicamentos cuya patente no ha expirado dentro del sistema de PR reduce la eficiencia del sistema de patentes pudiendo ocasionar pérdidas de eficiencia dinámica muy superiores a las ganancias de los PR (pérdida de incentivos a la I+D): si se agrupan medicamentos nuevos bajo patente con genéricos y se establece un nivel de reembolso común, el PR puede ser excesivo para el genérico o inadecuado para el producto nuevo. La experiencia internacional pone de relieve los incentivos negativos para la innovación farmacéutica cuando el sistema de precios de referencia incluye medicamentos bajo patente (caso posible al aplicar los niveles segundo y tercero de equivalencia entre productos antes comentados). Las compañías farmacéuticas argumentan que se reducen los incentivos a desarrollar mejoras incrementales o indicaciones adicionales en fármacos ya comercializados que estén sujetos al sistema o a desarrollar nuevos fármacos que serían incluidos en uno de los grupos sujetos a precios de referencia. En cambio, las empresas tienen incentivos a desarrollar productos nuevos no sujetos al sistema de precios de referencia.

Otros problemas controvertidos en los sistemas de PR se sitúan en el terreno práctico. Por ejemplo, qué introduce y qué substituye una política de precios de referencia: se complementa con listas negativas como en Nueva Zelanda o Italia (si no se acepta el precio definido según un mecanismo tipo PR se deja de financiar, esto es, copago inevitable al 100%). ¿Se acompañan los PR de mecanismos de copago de proporción dada, variable (cuanta mayor es la diferencia entre el precio de referencia y el precio prevalente, menor es el subsidio), o con mecanismos tipo vale?.

¿Qué se persigue en mayor medida: a) un decrecimiento de la demanda de los consumidores, informados por sus 'agentes', para aquellos productos con valores absolutos de copago más elevados?, b) ¿un mecanismo de 'cost shifting' (o traslado de costes del asegurador a los usuarios que no fuerce el 'incremento de prima' -que al ser de 'una vez por todas' se visualiza más que una miscelánea de pequeños pagos parciales?; c) ¿una disminución en los precios de fármacos autoimpuestos por los propios laboratorios ante el temor de pérdida de mercados?; d) ¿existía con anterioridad un mercado de competencia en genéricos que funcionase correctamente?; e) ¿existe falseamiento del mercado con PR que permiten la subsidiación transversal de precios entre grupos por parte de los laboratorios, como en el caso de Nueva Zelanda, para conseguir autorizaciones de nuevos productos?.

Y es que en función de en qué supuesto nos situemos, la importancia de que preexista un mercado de genéricos será más o menos decisiva, como que el asegurador sea monopsonista o no, o que el peso de la financiación pública represente más o menos del total de ventas.

5. PRECIOS DE REFERENCIA EN EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

La aplicación del sistema de precios de referencia en España va a tener, en el mejor de los casos, un efecto bastante limitado sobre el gasto farmacéutico público, y un efecto como mínimo dudoso sobre la competencia de precios que podría significar el aumento de la presencia de genéricos en el mercado y el crecimiento de su cuota de mercado.

Los productos genéricos tienen todavía una importancia muy reducida en el mercado farmacéutico español: en 1995 representan únicamente el 1.3% de las ventas totales, si bien esta cuota debería estar creciendo. La efectividad del sistema propuesto depende, en parte, de una política decidida de autorización y registro de genéricos.

Por otro lado, la mayor efectividad de los precios de referencia sobre el gasto se consigue en entornos sanitarios en los que el problema del gasto farmacéutico es de precios unitarios elevados. No es éste el caso español. El índice real de los precios de los medicamentos (diferencia entre el deflactor del producto interior bruto y el índice de precios industriales) en nuestro país ha seguido una tendencia decreciente, lo cual indica un aumento del precio medio por debajo de la inflación general. En cambio, la principal fuerza propulsora del crecimiento del gasto se encuentra en el crecimiento del factor que refleja mayores cantidades consumidas.

Los niveles medios de precios de los productos cuya patente expira o ha expirado en nuestro país son bajos y se encuentran lejos de los de los países con niveles más elevados. El diferencial de precios de los productos de marca y los genéricos es seguramente más reducido que el observado en otros países. La principal causa del crecimiento del gasto en España se encuentra en el precio más elevado de los productos de introducción reciente, siendo España entre los de la Unión Europea, donde éstos consiguen una cuota de mercado más elevada. La introducción de precios de referencia incentivará precisamente la presión de la industria sobre estos productos para compensar el descenso de los precios sometidos a este mecanismo. En Alemania, la cuota de mercado que significan las ventas de los productos sometidos a precios de referencia ha pasado del 66% del gasto en medicinas en 1988 al 37% en la actualidad. Como resultado de la aplicación de precios de referencia, el precio y la cuota de mercado de los productos no incluidos aumenta notablemente. En Alemania, entre 1991-92 los precios de productos sometidos a precios de referencia se redujeron en un 1.5% mientras que los de los productos no cubiertos aumentó en un 4.1%. La misma tendencia se ha observado en Holanda, Suecia y Nueva Zelanda.

Por lo demás, en la propuesta española de sistema de PR se establece que el precio de referencia se fije “de acuerdo con la media ponderada por las ventas, de los precios de comercialización del número mínimo de especialidades de menor precio, necesario para alcanzar una cuota de mercado en unidades del 20%”. Se garantiza que la diferencia de precio de referencia y el precio más alto sea como mínimo del 10% y como máximo del

50%; asimismo se garantiza que el precio de referencia no será inferior al del genérico más barato. Dado el nivel de precios en España, no resultan previsibles diferenciales de precios entre productos de marca y genéricos tan elevados como en otros países (en la mayoría de los casos el diferencial no supera el 15%). Además, la introducción de este sistema plantea problemas cuando la cuota de genéricos es notablemente baja.

En primer lugar, el descenso de los precios de los productos de marca va a reducir el potencial crecimiento (la industria ha avanzado que le va a suponer una reducción media del 10% en los productos de marca cubiertos) de la cuota de mercado de los genéricos.

En segundo lugar, en otros países se ha observado que el precio va descendiendo a medida que aumenta el número de genéricos para un mismo principio activo, tendiendo a acercarse al coste marginal. La fijación del precio de referencia cuando existe uno o muy pocos genéricos puede convertirse en una barrera que impida precisamente el descenso de los precios. Con uno o muy pocos genéricos en el mercado su precio puede estar todavía bastante por encima del coste marginal. Sin embargo, el sistema reduce los incentivos para que los nuevos entrantes fijen un precio inferior al de referencia ya que todo el ahorro iría a parar al sector público.

El resultado podría ser, contradictoriamente, un freno al crecimiento de los genéricos y una barrera a la competencia de precios que conduzca a los medicamentos fuera de patente al nivel del coste marginal. Y, en tercer lugar, con el sistema elegido para determinar el nivel de referencia resulta razonable esperar que algunos productos cuyo precio se sitúe por debajo del de referencia lo aumenten hasta este nivel.

Finalmente, señalar que la sustitución sin conformidad (a veces los países permiten que el médico determine la sustituibilidad) va en la línea opuesta a la plena responsabilización del médico en las contingencias de su paciente. Además, si bien se establece que el farmacéutico “deberá” proceder a la sustitución por un genérico (¿por qué sólo en el caso de que exista un genérico?) cuando el fármaco prescrito supere el precio de referencia, la forma de retribución de las oficinas de farmacia basada en un margen/porcentaje sobre el precio no incentiva precisamente la sustitución.

¿Descalifican los anteriores comentarios el esfuerzo del Gobierno para reconducir el crecimiento del gasto sanitario?. Creemos que no, aunque convendría a nuestro entender mantener una perspectiva más global sobre el papel del medicamento en nuestro sistema sanitario y no dar por hecho que con este tipo parcial de medidas los temas más de fondo quedan resueltos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Danzon, P. (1998), *Reference Pricing: Theory and Evidence*, Conference on The Effects of Reference Pricing of Medicines, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, 14-16 de diciembre de 1998.

- López-Casasnovas, G. y Puig-Junoy, J. (1998), *Review of the Literature on Reference Pricing*, Conference on The Effects of Reference Pricing of Medicines, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, 14-16 de diciembre de 1998.

- Nonell, R. y Borrell, J.R. (1998), *Mercado de medicamentos en España. Diseño institucional de la regulación y de la provisión pública*, Papeles de Economía Española, 76: 113-131.

- Puig Junoy, J. (1998), *Regulación y competencia de precios en el mercado farmacéutico*, Papeles de Economía Española, 76: 106-112.

Cuadro N° 1

EXPERIENCIA INTERNACIONAL EN LA APLICACIÓN DE PRECIOS DE REFERENCIA

PAÍS Y AÑO DE INICIO	CRITERIOS DE APLICACIÓN
AUSTRALIA (1998)	Cobertura: seis grupos terapéuticos, especialmente enfermedades coronarias y úlcera (equivalencia farmacológica). Precio de referencia: el más bajo de cada grupo. Revisión: cuatrimestral.
BRITISH COLUMBIA (1995)	Cobertura: productos con principios activos distintos dentro del mismo grupo terapéutico. Precio de referencia: en general, el más bajo de cada grupo. Revisión: ad-hoc.
DINAMARCA (1993)	Cobertura: productos cuya patente ha expirado y con genéricos con el mismo principio activo. Precio de referencia: la media de los dos más baratos de cada grupo.
ALEMANIA (1989)	Cobertura: principios activos de idéntica composición química (grupo 1); principios activos de composición afín o próxima, y comparable acción farmacológica y terapéutica (grupo 2); principios activos de diferente composición química y comparable acción terapéutica (grupo 3). Precio de referencia: mediana estadística basada en un modelo de regresión. Revisión: cada trimestre se revisa la lista de productos incluidos y anualmente se revisa el sistema.
HOLANDA (1991)	Cobertura: productos intercambiables en términos de mecanismo de acción y uso, efectos terapéuticos y secundarios y utilización para el tratamiento del mismo grupo de edad. Precio de referencia: la media del mismo grupo. Revisión: cada mes se revisa la lista de productos incluidos y dos veces al año se revisa el sistema.
NUEVA ZELANDA (1993)	Cobertura: productos del mismo subgrupo, definido como productos con efectos terapéuticos idénticos o parecidos. Precio de referencia: el más bajo. Revisión: cada mes se revisa la lista de productos incluidos y el sistema se puede revisar cada vez que entra un producto en la lista sometida a precios de referencia
SUECIA (1993)	Cobertura: productos con la patente expirada y equivalentes genéricos (idéntica presentación, principio activo y calidad). Precio de referencia: el precio más incrementado en un 10% Revisión: cada cuatrimestre se revisa la lista de productos incluidos y el sistema se revisa cada dos años

Fuente: Elaboración propia a partir de J. Puig Junoy (1998) y G.López-Casasnovas y J. Puig-Junoy (1998).

Cuadro N° 2

GASTO FARMACÉUTICO PÚBLICO EN LA OCDE EN 1996

<i>País</i>	<i>% del PIB</i>	<i>% del gasto sanitario público</i>	<i>% del gasto sanitario público en medicamentos</i>	<i>Gasto per cápita (ECUS PPA)</i>
Alemania	1,0	11,8	72,6	191
Australia	0,5	8,2	49,7	n/a
Austria	0,7	11,6	59,0	134
Bélgica	0,6	9,3	45,5	130
Canadá	0,4	6,5	36,0	n/a
Corea	n/a	n/a	n/a	n/a
Dinamarca	0,4	7,1	50,5	78
España	1,1	18,9	74,4	152
Estados Unidos	0,2	2,8	14,6	47
Finlandia	0,5	9,0	46,5	93
Francia	1,0	12,9	61,3	194
Grecia	0,3	5,7	16,7	36
Irlanda	0,5	10,4	78,2	97
Islandia	0,9	13,0	65,8	n/a
Italia	0,6	10,3	40,3	106
Japón	1,0	17,4	66,0	214
Luxemburgo	0,6	10,2	80,9	188
México	n/a	n/a	n/a	n/a
Noruega	0,6	8,6	79,2	n/a
Nueva Zelanda	0,7	13,0	59,1	n/a
Holanda	0,6	9,7	63,9	118
Polonia	1,0	21,5	n/a	n/a
Portugal	1,4	27,7	63,2	168
Reino Unido	0,7	12,4	63,3	126
República Checa	1,5	23,3	83,1	n/a
Suecia	0,8	11,2	71,2	146
Suiza	0,5	6,6	61,1	n/a
Turkía	n/a	n/a	n/a	n/a
Hungría	1,3	26,9	65,3	n/a
PROMEDIO UE	0,7	11,9	58,3	129,4
PROMEDIO OCDE- EUROPA	0,8	13,2	62,1	130,5
PROMEDIO OCDE	0,7	12,5	58,7	130,5

Fuente: OECD Health Data File, 1998.