

## ¿Afecta el copago sanitario a la equidad?

J.M. Carbonero<sup>1</sup>, C.L. Vich<sup>1</sup>, F. Albertí<sup>1</sup>, A. Truyols<sup>1</sup>, J.R. Seguí<sup>1</sup>,  
A. Galmés<sup>2</sup>, G.A. Vich<sup>3</sup>

1- Médicos del Hospital General de Mallorca

2- Servei d'Epidemiologia. Conselleria de Salut i Consum. Illes Balears

3- Economista. Profesor de la Universitat de les Illes Balears

### Resumen

En un entorno de crisis económica y signos de agotamiento financiero del sistema sanitario, analizamos una de las medidas que con mayor insistencia se propone para su sostenibilidad: el copago, y estudiamos si su implantación afecta a los principios de bioética, en particular a la equidad, comprendida en el principio de justicia. Hemos encontrado relación causa/efecto entre la medida y la lesión de la equidad, sin que, por otra parte quede claro que el copago puede convertirse en un instrumento de peso para el mantenimiento financiero del sistema.

Además, de todo lo estudiado y observado, no parece evidente que el sistema nacional de salud español esté en quiebra ya que sus dificultades financieras son solventables sin tener que renunciar a los beneficios para la población de un modelo público que ha contribuido –y lo hará, seguro, en el futuro- de forma innegable a la mejora de la salud de los ciudadanos de nuestro país.

*Palabras clave:* financiación sanitaria, copago, equidad.

### Abstract

Considering the current environment of economic crisis and signs of financial exhaustion of the Spanish health system, it has been analyzed one of the most insistently proposed measure for economic sustainability: the copayment. It has been studied whether its implementation affects the bioethical principles, particularly equity, within the principle of social justice. A cause and effect relationship between the co-payment measure and equity damage has been found. However, it is clear that copayment can become an appropriate instrument for the financial sustainability of the health system.

Furthermore, from our study it can be concluded that the Spanish national health system is not in bankrupt and that its financial difficulties can be solved without having to give up the social benefits of a public health model for the population. This health system has contributed-and will, sure, in future, continue to improving the health of the citizens of the country.

*Keywords:* sanitary financing, copayment, equity

### Introducción

El modelo sanitario que tenemos en España<sup>1</sup> se aproxima bastante a todos los establecidos en los países europeos: en todos ellos se considera como un servicio público para el conjunto de la población. No obstante éste servicio público tiene algunos matices que distinguen a cada país: en algunos (España) se realiza con recursos propios, es decir también públicos, y en otros con medios concertados; la otra variable es que en España y otros países la cartera de servicios es muy amplia y la asistencia directa es gratui

ta mientras que en algunos el usuario contribuye, en parte, a costear los procedimientos que se le aplican<sup>2</sup>. En conjunto, el modelo español, orientado a la universalidad, la equidad, la prestación con recursos públicos y con estructura basada en dos niveles de atención (primaria y hospitalaria) ha estado entre los mejor valorados de Europa aunque estos últimos años<sup>3</sup>, desde su descentralización para gestión desde cada comunidad autónoma, la llegada masiva de emigrantes (sobrecarga del sistema) y la escasa implantación de tecnologías de información sanitaria (TIC), su crédito ha bajado muchos enteros<sup>4</sup>.

Por otra parte está dando signos de agotamiento financiero por el coste añadido de la explosión de enfermedades crónicas, el envejecimiento y sobre-envejecimiento de la población, el déficit arrastrado y la crisis económica y financiera que afecta a nuestro país en mayor medida que la que soportan países cercanos. Ello hace que proliferen estudios y propuestas para realizar modificaciones a fin de conseguir la sostenibilidad del sistema, aún a costa de perder alguno de sus atributos actuales<sup>5</sup>.

Una de las propuestas que están más estudiadas es la implantación del copago en prestaciones asistenciales directas (en farmacia ya se aplica). Esta fórmula de abonar por parte de los usuarios un porcentaje del coste asistencial está generando un interesante debate en el que conviene huir de apriorismos y simplificaciones, porque es llamativo que sus defensores dedican buena parte de su discurso en explicar lo que no significa esta fórmula y sus detractores ponen un acento excesivo en la preservación o ruptura del modelo equitativo, sin tener en cuenta que si esta medida no es buena, deben aportar otras soluciones que no solo mantengan el modelo, sino que garanticen su viabilidad en el futuro<sup>6</sup>.

Tal vez el aspecto más importante que conviene aclarar es si la implantación de métodos de copago afecta –y en qué medida- o no, a los principios de bioética, porque su justificación estrictamente económico/financiera no basta: estamos hablando de un servicio público que está orientado a garantizar los derechos de todos y cada uno de los ciudadanos de nuestro país, y tanto la Constitución de 1978 como la Ley General de Sanidad de 1986<sup>7</sup> consagran la salud como un derecho y señalan a la Administración como garante de este derecho<sup>8</sup>.

Por ello, cualquier medida que afecte de forma negativa a los principios que engloban derechos individuales y colectivos se tiene que justificar como imprescindible y sin posibles alternativas. El estudio comparado entre medidas (por ejemplo el copago) y su repercusión en los principios de bioética visualiza de forma rigurosa y suficiente su impacto en los mismos y lo que es más: si es lícito aplicarlas o se tiene que acudir a ellas con carácter de necesidad imperiosa después de haber descartado otras soluciones menos lesivas para los derechos de los ciudadanos<sup>9</sup>. Aunque los principios de bioética tienen varias formulaciones (Declaración de Belmont, principialismo, declaración de Barcelona<sup>10</sup>) utilizaremos, considerando que es la clasificación más conocida, usada y

que a nuestro entender recoge de forma clara pero a la vez diferencia el conjunto de derechos, el principialismo, es decir la no maleficencia, la beneficencia, la autonomía y la justicia<sup>11</sup>. De acuerdo con los resultados orientaremos la discusión poniendo énfasis en los principios que resulten más afectados<sup>12</sup>.

## Copago. Consideraciones

- El copago o ticket moderador se basa en la aportación directa por parte de los usuarios de parte del coste que supone la medicación prescrita para ellos, las pruebas diagnósticas o la asistencia sanitaria. Ante entornos de crisis que comportan dudas sobre la sostenibilidad del modelo sanitario actual, ésta es una de las medidas de contención de coste que se está discutiendo con más fuerza en España, donde las tensiones financieras que provoca la deuda, la fragilidad de los ingresos y las perspectivas de incremento exponencial del gasto hacen que se busquen distintas fórmulas para mejorar la situación<sup>13</sup>.

- En cuanto al copago en farmacia en España, es una medida muy antigua –hace treinta años, antes de la creación del Sistema Nacional de Salud (SNS) y no se ha modificado desde entonces. Se estableció que los beneficiarios activos del régimen general de la Seguridad Social contribuyesen con el 40% del precio de venta al público de las recetas de medicamentos. No existen demasiados análisis sobre el impacto de esta medida, pero la evolución y la estructura del gasto en farmacia hacen pensar que no ha mejorado el consumo inapropiado, ni cualitativa ni cuantitativamente<sup>14</sup>.

- Los defensores del copago ponen énfasis en su capacidad de disuasión, lo que significa que a menos prestaciones menor coste. No obstante, la experiencia de la vecina Francia, que inventó este modelo para contener gastos, no avala dicho propósito: sigue siendo el país europeo que más medicamentos y servicios consume. A pesar de ello, las esperanzas puestas en el copago por parte de las autoridades sanitarias de algunas autonomías (por ejemplo Catalunya) deben ser tenidas en cuenta, aunque existe controversia entre sanitaristas de reconocida solvencia<sup>15</sup>.

- Los detractores del copago piensan que es un parche que no resuelve el problema y tal vez lo agrava por los costes de transacción que conlleva introducir un mecanismo de facturación y cobro dentro del sistema público.

Posiblemente, la estructura administrativa necesaria podría ser más costosa que los fondos recaudados. Por otro lado, la capacidad contenedora del copago se centra en las clases sociales más desfavorecidas, que también son las más enfermas<sup>16</sup>.

· El aspecto más importante para apoyar la implantación de esta medida es sin duda la disuasión o limitación del consumo: la reducción de la demanda exagerada comportaría un ahorro necesario para la sostenibilidad del sistema sin disminuir su calidad. Sin embargo, no está explicitado que parte del consumo sanitario se considera superfluo, al menos relativamente, y tampoco si existen estrategias más realistas y duraderas (por ejemplo, optimización de la cartera de servicios) como alternativa. Ligada a ella, se plantea quién es el responsable de la sobredemanda, si los usuarios o los profesionales. Seguramente ambos, porque la presión social puede ser importante, pero quién decide finalmente que medicación se toma, cuantas pruebas diagnósticas se realizan y cual es producto asistencial indicado son los profesionales, sobre todo los médicos<sup>17</sup>.

· Otra cuestión es que el copago, que se vende como solución a una situación de práctica quiebra del modelo, no lo cambia sino que mantiene la dialéctica demanda-oferta que siempre aumenta el consumo, porque las demandas crecen a veces estimuladas por la propia estructura sanitaria y social y la oferta no tiene más remedio que acomodarse –con retraso- a ella. La contraria también es cierta. Por tanto no parece que una medida de gestión pueda frenar el coste y suponer la sostenibilidad financiera, que tiene más que ver con un determinado modelo que con fórmulas puntuales de ahorro (que ni siquiera tienen avalada esta condición)<sup>14</sup>.

## Discusión. Relación del copago con los principios de bioética

De las distintas formulaciones de principios de bioética hemos escogidos los que propusieron Tom L. Beauchamp y James F. Childress, en su libro “Principios de ética biomédica”<sup>11</sup>.

El principialismo propuesto por los autores se basa en una metodología que tiene un objetivo principal: ayudara a resolver los problemas éticos que se plantean en el ámbito de la biomedicina. Para ello define cuatro principios fundamentales, de carácter general, que exigen una especificación para ser más operati-

vos y una ponderación si hay conflicto entre ellos, para saber qué principio o regla sobrepasa a los otros en una situación concreta. Se parte de cuatro principios: autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. Entre estos principios no existe jerarquía alguna, todos tienen la misma importancia, son *prima facie*, es decir, deben cumplirse obligatoriamente, salvo si entran en conflicto con una obligación mayor.

Nuestro estudio pretende analizar si alguno de los principios de la bioética queda afectado por la implantación del copago.

Si tenemos en cuenta que el SNS tiene como características principales la universalidad, la gratuidad y la equidad de acceso a los recursos y a las prestaciones recogidas en la cartera de servicios<sup>18</sup>, se sitúa como un modelo indiferente a la autonomía y la no maleficencia (el grado de paternalismo no entra en cuestión y no se persigue ni se motiva el daño), sin embargo tiene que ver con la beneficencia (ya que uno de sus objetivos es mejorar la salud de la población) y con la justicia (está orientado a la equidad y es contrario a la discriminación en razón de sexo, edad, condición social, ubicación etc).

Por consiguiente, cualquier propuesta o cambio en el SNS que limite o deteriore sus características puede estar justificado política o económicamente, pero rompe con la oportunidad justa para aquellos ciudadanos con condiciones desventajosas, es decir las clases desfavorecidas. Siempre que ello suceda hay que tener en cuenta la afectación no solo del principio de justicia, sino también el de beneficencia, que tiene un carácter más individual, porque son individuos, personas, para los que cambia –en negativo- el principio de proporcionalidad.

El copago –en sus diferentes tipos- desvirtúa el actual modelo de SNS porque cambia varias de sus características esenciales, interfiere en el peso específico que tienen los principios de bioética, rebajando dos de ellos sin que exista posibilidad de ponderación por los restantes, porque el copago en nada beneficia –aunque no los afecte- a la no maleficencia y la autonomía<sup>19,20</sup>.

Otra cuestión es en qué medida esta pérdida puede ser asumida. Los principios de bioética son *prima facie*, pero no absolutos, y no se puede decir que el copago supone una disolución de alguno de los mismos sino su rebaja. Ahora bien, un elemento de discusión es si esta penalización vale la pena.

Es cierto que muchos autores se aferran al copago como instrumento indispensable para el mantenimiento del SNS. Si fuese así, si el futuro de nuestro dispositivo asistencial público dependiese de la instauración de medidas como el copago, el planteamiento respecto a los principios de bioética debería ser contrario, es decir, no sería el copago el principal factor a comparar, sino como afectaría a la bioética la quiebra del sistema y su sustitución por otro. Lo que sucede es que la investigación en bioética debe basarse en hechos, no en hipótesis de difícil encaje en la realidad, porque no parece plausible que el copago pueda salvar al sistema así como tampoco puede hundirlo<sup>21</sup>.

La regla de la oportunidad justa se refiere a los beneficios sociales, y entendemos por ellos las prestaciones de servicio público que distribuyen los fondos y los recursos de forma proporcional y equitativa. No solo los sanitarios, sino también otros sociales que afectan a la salud (paro, pensiones, vivienda, etc). Por tanto, si el copago en servicios sanitarios significa disponer de más recursos sociales y que estos se distribuyan de forma equitativa, aplicando una teoría utilitarista tal vez estaría moralmente justificada su aplicación, sin afectar al principio de justicia. En la práctica esta redistribución no se da. Los modelos planificados tienden a la equidad y los desregulados a la eficiencia, y las medidas que suponen discriminación hacia los que menos tienen en sanidad son parte de medidas globalmente antisociales<sup>22</sup>.

Otro elemento para la discusión es, si existe correlación entre la intensidad del tipo de copago aplicado y la profundidad del daño en beneficencia y justicia causado. En principio parece que es más lesivo el grado de extensión de una medida que el peso de su carga individual (por ejemplo, copagar desfibriladores intracavitarios, aunque suponga una cantidad unitaria importante, no afecta tanto al principio de justicia que la contribución directa en farmacia o en visitas en Atención Primaria)<sup>23</sup>.

En resumen, el copago en sanidad afecta al menos a dos principios de bioética (beneficencia y justicia) porque desnaturaliza varias de las principales características del actual sistema de salud español, su impacto es progresivamente mayor cuanto más profundas son las condiciones desventajosas de los sectores de población desfavorecidos, y parece que la amenaza es mayor cuando la medida es extensa que cuando es intensa pero limitada. Además, existe bastante indiferencia en la población sobre la posibilidad

de implantación, posiblemente porque los pobres no tienen voz y los demás ven –en una época marcada por la imagen y el culto al dinero- la posibilidad de tener prestaciones “de pago” a escaso coste<sup>24</sup>.

## Conclusiones

- En países como España, con un Sistema Nacional de Salud público, universal y gratuito, cualquier medida de pago directo (ticket moderador o copago) por parte de los ciudadanos cuestiona el acceso lo que, a su vez, compromete la equidad. Se puede decir que este tipo de medidas desnaturalizan el modelo y favorecen, por ello, la posibilidad de su sustitución.

- La discusión sobre la relación del copago con la bioética es muy interesante y debe abordarse en términos relativos, sobre todo en aspectos que generan dilemas. Es cierto que admite poca discusión la afectación del principio de justicia porque el copago rompe –poco o mucho- la equidad, y, en todo caso, puede haber opiniones encontradas sobre su necesidad pero no sobre sus consecuencias en este principio concreto: queda limitado.

- Hemos encontrado también una afectación del principio de beneficencia que es menos rotunda, porque el copago está orientado a la preservación, aún menoscabado, del modelo actual: el principal argumento para su implantación es su sostenibilidad, y esto es, en sí, beneficente. No obstante, una cosa es la intención y otra la medida, que puede resultar poco útil generando al tiempo un riesgo para un sector de la población, lo que lesionaría el subprincipio de utilidad –incluido en el principio de beneficencia- fragilizándolo en relación a la situación actual.

- Hasta ahora hemos discutido sobre el copago de forma genérica, sin tener en cuenta sus tipos, y si nos exigimos un estudio profundo de cada principio de bioética, parece lógico que analicemos con el mismo rigor los tipos de copago. No es lo mismo copagos en farmacia o en material protésico que en asistencia directa si hablamos de afectación de la bioética; tampoco tiene el mismo peso un copago genérico que el dedicado a personas con enfermedades ligadas a sus hábitos. Pensamos que la discriminación de este último tipo es muy severa y éticamente reprochable.

- La defensa del copago tiene dos argumentos: es un instrumento capaz de frenar el exceso de demanda y ayuda a la sostenibilidad del modelo.

Los detractores ven en el ticket moderador una forma de discriminación para los más débiles y la pérdida de las características esenciales de un SNS muy querido.

- Es cierto que las características del SNS español estimulan la demanda, y que algunas peticiones no resultan imprescindibles: en número de visitas es el más utilizado de Europa; pero también lo es que el despliegue de la atención primaria en forma de centros y unidades básicas de salud es en España formidable, y que las consultas no solo son asistenciales sino también de prevención, con lo que el nivel de protección que proporciona es muy alto a un coste muy inferior al de la mayoría de países europeos.

- Algunos autores desacreditan las nuevas medidas de contención del gasto ya que piensan que el factor crítico es el agotamiento de un modelo basado en la relación oferta-demanda, y sugieren pasar a otro basado en las necesidades objetivas, ajustando la cartera de servicios a las que resulten imprescindibles. Si estas propuestas prosperan, la identificación de necesidades que precisen protección sanitaria pública se deberá hacer no solo con criterios técnicos, sino también de acuerdo con los postulados de la bioética, porque hay necesidades no sentidas por la población pero que existen, y algunas demandas que resultan muy queridas pero no son necesarias (las ligadas al culto al cuerpo, por poner un ejemplo).

- Otra cuestión que afecta a las características del dispositivo asistencial es la descentralización del SNS para ser financiado y gestionado por cada una de las Comunidades Autónomas. La ventaja de ésta atomización es la proximidad en la toma de decisiones y el inconveniente es que existe riesgo de extinción de la equidad, porque cada autonomía tiene capacidad para asignar recursos, modificar aspectos importantes –como la cartera de servicios–, e incluir nuevas cargas para garantizar el equilibrio presupuestario (como pueden ser el céntimo sanitario o el copago), que suponen diferencias en la facilidad de atención entre españoles residentes en distintas comunidades autónomas.

- En la actualidad existe turismo sanitario de europeos que viajan a nuestro país con la intención de resolver problemas de salud sorteando el copago implantado en sus países de origen. Ello no puede llevar a la conclusión que también nosotros debemos implantar copagos y así no vendrán. Parece que la implantación de cambios que modifican los atributos del sistema

debe tener una argumentación más solvente. No obstante, hay que diferenciar estas conductas, claramente abusivas, de las que presentan los inmigrantes, que deben ser atendidos con los mismos criterios y nivel que los procurados a los nacionales, tengan o no papeles.

- Cuando existe crisis financiera por los motivos que hemos explicado y la aportación presupuestaria no es suficiente para garantizar las prestaciones del sistema, si no se quieren buscar nuevas (y viejas) recetas para complementar la financiación se puede exigir una mayor aportación en % de PIB para la sanidad, pero es necesario tener en cuenta que también otras áreas sociales (dependencia, paro, etc) están en situación de fragilidad, por tanto la equidad no puede entenderse como un valor a preservar en el ámbito sanitario, sino en el conjunto de la llamada protección social, porque puede darse el caso de colisión de necesidades, mejor dicho, de colisión de financiación de necesidades sociales y no puede prevalecer la atención a una en detrimento de las otras.

- La sostenibilidad presente y futura del sistema de salud están en riesgo pero su existencia supone un patrimonio colectivo de primer orden, ayuda a la cohesión social, es muy apreciado por la población y su coste no es en absoluto abusivo. Por ello las medidas que mejoren el déficit y garanticen su futuro no pueden romper sus características, sino que precisamente hay que apoyarse en ellas para que el esfuerzo sirva para seguir disfrutando todos de sus valores y sus ventajas.

## Bibliografía

1. Temes JL. Sistema nacional de salud de España. Madrid: Editorial McGraw.Hill; 1997
2. San Segundo G. El copago sanitario o la polémica del euro Med Econ [Internet]. 2004 [acceso 15 de noviembre de 2009]; volumen 17 [p 30-34]. Disponible en: <http://d14aafm5ckv3lj.cloudfront.net/n17/reportaje3.pdf>
3. PNUD, Informe sobre Desarrollo Humano [Internet]. 2009 [acceso 21 de noviembre de 2009]. Disponible en: <http://www.hdr.undp.org/es/informes/mundial/idh2009>
4. De Benito E. El sistema sanitario español pierde posiciones en Europa [Internet] Madrid 14 de noviembre de 2008 [acceso 21 noviembre de 2009]. Disponible en: [www.elpais.com/articulo/sociedad/sistema/sanitario/espanol/pierde/posiciones/](http://www.elpais.com/articulo/sociedad/sistema/sanitario/espanol/pierde/posiciones/)

5. Foro mundial soria 21 sobre salud, bienestar, calidad de vida y desarrollo sostenible.[Internet]. Madrid 26 y 27 de Octubre de 2009 [acceso 25 de noviembre de 2009] Disponible en: [www.forodesoria2009.org/](http://www.forodesoria2009.org/)
6. Gené Badía J. Copago si, copago no. FMC Form Med Contin Aten Prim. 2009;16:251-3
7. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.[Internet] 1986. [acceso 2 de diciembre de 2009]. Disponible en: [http://noticias.juridicas.com/base\\_datos/Admin/14-1986.html](http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/14-1986.html)
8. Maria Soler ML, Moncho Vasallo J. Sistema Nacional de Salud Español. Características y análisis. Enferm Glob. 2007; (10): 63-69
9. Segura A. El copagament en l'atenció sanitària. Ann Acad Med Barc [Internet].2009 [acceso 21 de noviembre de 2009]; 92:54-56. Disponible en <http://www.bioetica-debat.org/modules/index.php?storytopic=10&storynum=5>
10. Declaración de Barcelona. [Internet] 2003 . [acceso 13 mayo 2010]. Disponible en <http://www.fbjoseplaporte.org/dbcn/>.
11. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics, Oxford University Press; 1999
12. Beltran A, Forn R, Garicano L, Martinez M M, Vazquez Pablo. Impulsar un cambio posible en el sistema sanitario. [Internet] FEDEA Mckinsey&Company; 2009 [acceso 10 de noviembre de 2009]. Disponible en: [http://www.cambiosposible.es/documentos/sanidad\\_cambio\\_posible.pdf](http://www.cambiosposible.es/documentos/sanidad_cambio_posible.pdf)
13. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estadísticas y Estudios 2007. Financiación y gasto sanitario en España. [Internet] 2007. [acceso 20 de diciembre de 2009]. Disponible en: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/finGastoSanit.htm>
14. Rey del Castillo J. La financiación de nuestro Sistema Nacional de Salud. e-ras, .[Internet] 2009 [acceso 1 de diciembre de 2009][pantallas 1-3]. Disponible en: <http://www.opinionras.com/index.php?q=node/67>.
15. Copayments in European Health Care Systems: the Spanish Approach". López-Casasnovas G and Planas-Miret, I. (November 2001) [English version]
16. Gilman BH, Kautter J. Impact of multitiered copayments on the use and cost of prescription drugs among Medicare beneficiaries. Health Ser Res. 2008; 43(2):478-95
17. Navarro V. El subdesarrollo social en España. Causas y consecuencias. Barcelona: Anagrama; 2006
18. Gonzalez de las Heras M P. El derecho a la asistencia sanitaria en España dentro de territorio nacional, regulación, sistema de financiación y administraciones competentes. [Internet] Noticias Juridicas. Diciembre 2004; [acceso 24 de diciembre de 2004] Disponible en: [www.noticias.juridicas.com/articulos/25-Derecho%20Sanitario/200412-24559251010443290.html](http://www.noticias.juridicas.com/articulos/25-Derecho%20Sanitario/200412-24559251010443290.html)
19. Elola JJ. El copago sanitario no mejora la asistencia y no es justo. [Internet]. Elolablogia. [acceso 15 de noviembre de 2009]. Disponible en <http://elola.blogia.com/2006/061501-el-copago-sanitario-no-mejora-la-asistencia-y-no-es-justo.php>
20. Blustein, J. La cobertura Medicare, Seguro Suplementario, y el uso de la Mamografía por las mujeres de edad. NEJM 1995. 332: 1138-1143.
21. Financing Sustainable healthcare in Europe [Internet]. The Prague Conference on Securing Europe's Healthcare and Launch of Cox Report 2 2009 [ acceso 1 de diciembre de 2009] Disponible en: <http://www.sustainhealthcare.org>
22. Chernew M, Gibson TB, Yu-Isenberg K Sokol MC, Rosen AB, Fendrick AM. Effects of increased patient cost sharing on socioeconomic disparities in health care. J Gen Intern Med. 2008; 23 (8): 1131-6.
23. Wallace NT, Mc Connell KJ, Gallia CA, Smith JA. How effective are copayments in reducing expenditures for low-income adult Medicaid beneficiaries? Experience from the Oregon health plan. Health Serv Res. 2008; 43(2): 515-30.
24. Rosenthal MB, Liz, Milstein A. Do patients continue to see physicians who are removed from a PPO network?. Am J Manag Care.2009; 15(10): 713-9.

