

L'IMPACTE DISTRIBUTIU DEL FINANÇAMENT DELS MEDICAMENTS A CATALUNYA

Jaume Puig Junoy (Dir.)

David Casado Marín

Pilar García Gómez



**Estudi elaborat en el marc del conveni de
col·laboració entre el CRES
i el CATSALUT**

28 NOVEMBRE 2007

RESUM

Objectiu. - L'objectiu d'aquest informe consisteix en avaluar l'impacte sobre la distribució de la renda de la política de copagament farmacèutic actual que comporta una aportació dels usuaris actius basada en el preu de venda al públic dels medicaments.

Variables i fonts d'informació. - Les variables individuals d'interès en aquest estudi per al 2006 són la despesa farmacèutica per persona, el subsidi públic per persona, l'aportació en forma de copagament que ha fet cada persona i la seva renda imputada. La informació de les variables sobre despesa farmacèutica i de caràcter demogràfic s'han obtingut per a una mostra aleatòria de vora 457.000 assegurats del Servei Català de la Salut. Les dades identificatives i de la despesa dels assegurats han procedit dels registres administratius del Servei Català de la Salut i del Padró d'habitants. Aquesta informació s'ha complementat amb dades individuals de l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) del 2006.

Mètode. - El mètode emprat consisteix en la construcció de les corbes i índexs de concentració per a la despesa farmacèutica, per al subsidi públic i per al copagament individuals, com a mesures de desigualtat. L'estimació de la renda anual equivalent dels individus es realitza a partir d'un exercici d'imputació amb microdades de l'ESCA.

Resultats. -

Distribució personal de la despesa farmacèutica i del copagament. - La concentració en la distribució personal de la despesa farmacèutica amb cobertura pública és molt més elevada entre els actius que entre els pensionistes: mentre que l'1% de població activa que més gasta en medicaments acumula el 25,5% de la despesa total dels actius, en el cas dels pensionistes només acumula el 8,2% de la despesa dels pensionistes. El 5% d'individus actius que més copaga acumula el 49,4% del total de copagaments. El percentatge de copagament promig per persona segons la seva renda (amb independència de la seva cobertura asseguradora) es més baix per als dos primers decils de renda i és gairebé uniforme a partir del quart decil de renda.

Corbes i índexs de concentració del subsidi públic. - Els índexs de concentració de la despesa farmacèutica de tot el conjunt dels usuaris és de -0,28, la qual cosa indica una notable distribució pro-pobres, tal com succeeix amb el subsidi públic, que és de -0,31. Pels pensionistes es manté la mateixa desigualtat, si bé amb valors dels índexs força més baixos (-0,05); en canvi, l'índex de concentració pels actius té un valor lleugerament positiu tant per a la despesa com per al subsidi, 0,01 i 0,02 respectivament, la qual cosa indica una lleugera desigualtat en favor dels més rics. En relació al copagament en els actius usuaris, observem que l'índex de concentració té una distribució lleugerament pro-pobres (IC=-0,02), i al comparar-ho

amb la distribució de renda, s'observa que el percentatge de copagament acumulat que suporten els decils més pobres és superior al seu percentatge acumulat de renda i, per tant, el copagament és regressiu.

Conclusions.- La despesa farmacèutica presenta una major concentració en un nombre reduït d'individus entre els usuaris actius que entre els pensionistes. La meitat del copagament l'aporta el 5% dels usuaris actius. El subsidi públic als medicaments del pensionistes és progressiu, però en canvi el subsidi als actius és lleugerament regressiu. El copagament es distribueix de manera notablement regressiva entre els usuaris actius, de manera que suposa un esforç en relació a la renda més elevat per als decils de renda més baixa.

1. Introducció

La decisió de mantenir sense cap tipus de modificació des de fa anys un sistema de corresponsabilització individual en alguns serveis públics, com pot ser el cas de la prestació farmacèutica, és, sense cap dubte, una qüestió política. Ara bé, el debat sobre les bondats o maldats i sobre les múltiples formes que un sistema d'aquest tipus pot adoptar, s'hauria de basar més en el coneixement i menys en els prejudicis no demostrats. Per tal de convèncer dels avantatges i dels inconvenients d'actuar pel costat de la demanda sanitària mitjançant la corresponsabilitat individual, a fi de garantir-ne la sostenibilitat, resulta imprescindible generar i difondre coneixement per a neutralitzar l'oposició d'aquells que, moltes vegades de manera ben intencionada, s'oposen a qualsevol canvi per por als efectes del que es desconeix (traslladant evidències d'altre temps i lloc, pels riscos de crear inequitats o de trencar la cohesió social, etc.) o simplement com a guardians de l'*status quo*¹.

Sovint, quan es planteja la possibilitat de finançar una part més substancial del consum de medicaments mitjançant copagaments, sorgeixen veus crítiques que adverteixen dels efectes negatius que això tindria sobre l'equitat. Aquestes advertències, però, no van mai acompanyades de cap anàlisi empírica sobre el grau d'equitat de l'actual sistema de copagaments; s'assumeix, implícitament, que la situació de partida es la millor possible i que qualsevol modificació no farà si no empitjorar les coses. No obstant, donat que l'actual sistema de copagaments no vincula directament les aportacions dels individus a llur nivell de renda, és possible que els actuals copagaments tinguin disfuncions en el terreny de l'equitat gens menyspreables.

En primer lloc, pel que fa a la població activa, el fet que els copagaments siguin independents de la renda, així com la inexistència de límits màxims sobre la quantia dels mateixos, poden generar dos tipus de problemes: d'una banda, entre les persones amb menys recursos, els copagaments poden esdevenir una barrera econòmica que els desincentivi a consumir alguns dels fàrmacs que necessiten; d'altra banda, fins i tot si el desincentiu anterior no es produeix, l'esforç financer que pot suposar per a les llars fer front als copagaments farmacèutics pot diferir notablement en funció del nivell de renda d'aquestes.

L'exempció que caracteritza l'actual sistema de copagaments pel que fa als pensionistes també pot produir efectes indesitjats des del punt de vista de l'equitat. En primer lloc, des d'una perspectiva inter-

¹ J. Puig-Junoy et al (2007), La corresponsabilidad individual en la financiación de la atención pública sanitaria, Colección Informes número 1, Fundació Rafael de Campalans, Barcelona.

generacional, l'actual esquema pot no resultar equitatiu per dos motius: d'una banda, en aquells casos en que un actiu i un pensionista tinguin el mateix nivell de renda i de necessitats farmacèutiques, l'actual sistema de copagaments s'allunya del principi d'equitat horitzontal ("tractament igual dels iguals"); d'altra banda, si un pensionista i un actiu tenen el mateix nivell de necessitats, però la renda del primer és superior a la del segon, l'actual sistema reclama una aportació superior a qui té una menor capacitat econòmica per fer-hi front. En segon lloc, fins i tot si ens centrem únicament en el col·lectiu de pensionistes, l'actual sistema d'exempció no condicionat al nivell de renda pot resultar inadequat: així, si existís una relació positiva entre el consum de fàrmacs i la renda (a igual nivell de necessitats), el subsidi públic estaria beneficiant relativament més a aquells pensionistes amb una major capacitat econòmica.

Esbrinar si els anteriors efectes es produeixen o no, i conèixer-ne el seu abast, són qüestions que únicament poden abordar-se de manera rigorosa a través de la realització d'investigacions de caràcter empíric. Fins ara, tant a Catalunya com a la resta de l'Estat, no es coneix cap treball que hagi tractat d'analitzar la incidència distributiva dels subsidis i els copagaments associats al consum de medicaments.

L'objectiu d'aquest informe consisteix en avaluar l'impacte sobre la distribució de la renda de la política de copagament farmacèutic actual que comporta una aportació dels usuaris actius basada en el preu de venda al públic dels medicaments.

En aquest context, a partir d'una mostra de prop de 457.000 individus coberts pel Servei Català de la Salut (CatSalut), el nostre treball es proposa donar resposta a les preguntes següents com a objectius específics:

- ¿Fins a quin punt la despesa farmacèutica es distribueix de manera uniforme entre els diferents grups de població atenent al seu nivell de renda? ¿Quines diferències s'observen en aquest sentit en considerar per separat la població activa i la pensionista?
- En el cas de les persones actives, obligades a realitzar copagaments quan adquireixen medicaments, ¿cóm es distribueixen aquestes càrregues entre els diferents grups de població atenent al seu nivell de renda?
- ¿Varien les respostes a les qüestions anteriors quan es té en compte el fet que hi ha individus —actius i pensionistes— que no consumeixen? ¿es distribueixen de manera uniforme els "no consumidors" entre els diferents decils de renda?

La recerca que aquí es presenta, tot i el seu caràcter pioner a Espanya, constitueix només una primera aproximació a l'anàlisi de l'equitat en la provisió i el finançament de la prestació farmacèutica. En concret, donat que no hem pogut controlar per les possibles diferències de morbiditat que existeixen entre els individus, el que realment hem analitzat és el grau d'igualtat (o desigualtat) amb el que les despeses, els subsidis i els copagaments es distribueixen entre els diferents grups de població segons el seu nivell de renda. En qualsevol cas, com es discuteix a l'apartat de conclusions, l'anàlisi que presentem planteja múltiples línies de recerca que podrien ser explorades properament amb les bases de dades de que ja disposa l'Administració Pública.

2. Antecedents

La prestació farmacèutica extrahospitalària és l'única prestació sanitària a la que se li ha aplicat fins ara una participació de l'usuari en el cost. La participació de l'usuari en el preu dels medicaments s'introdueix per primera vegada l'any 1967 sota la forma d'una quantitat per recepta que era fixa fins un determinat nivell, i que augmentava en funció del preu a partir d'aquest nivell. A partir de 1978 s'utilitza un copagament en forma de percentatge del preu de venda. Aquesta participació va evolucionar des del 10% del preu l'any 1978 fins el 40% a partir del 1980. En general, no existeix cobertura reassuradora per aquest copagament. Els pensionistes i els seus beneficiaris es troben exempts d'aquest copagament. Addicionalment, existeix un copagament reduït situat en el 10% del preu de venda — amb un límit màxim de 2,64 €— que afecta determinats medicaments per a tractaments crònics, la llista i importància relativa del qual ha augmentat en el temps.

Els pensionistes coberts per les mutualitats de funcionaris públics (l'anomenat model MUFACE, que inclou la pròpia MUFACE i d'altres mutualitats públiques com ara ISFAS i MUGEJU) han de realitzar, a diferència dels del règim general de la Seguretat Social, la mateixa aportació que la resta d'assegurats d'aquesta mutualitat, és a dir, el 30% del preu de venda (mentre que els pensionistes de l'SNS estan exempts de qualsevol tipus d'aportació).

Existeixen realment pocs estudis que avaluïn els efectes d'aquest sistema de copagaments, per la qual cosa, malgrat el temps transcorregut des de la seva introducció inicial, es disposa de poca informació objectiva. Atenent a l'objectiu d'aquest informe, centrat en la incidència distributiva del copagament farmacèutic actual, a continuació es resumeix allò que coneixem (ben poc) sobre l'equitat d'aquest sistema.

Algunes observacions indirectes de tipus descriptiu revelen també de forma clara que l'actual sistema de copagament no tant sols pot ser poc eficient (consum excessiu)², sinó que pot estar donant lloc a importants desigualtats (*problemes d'equitat*). La variabilitat en la proporció de la renda personal destinada a fer front al cost dels medicaments prescrits dins de la cobertura pública, i que efectivament suporta cada usuari (*copagament efectiu*), és el resultat del sistema de *copagament normatiu* que li afecta (així com dels incentius i la facilitat personal per evitar-lo) i de l'estat de salut i la corresponent freqüentació dels serveis sanitaris que realitza (*utilització de medicaments*). Desigualtats poc justificables en termes d'equitat, entesa com igualtat d'oportunitats d'accés als tractaments

² J. Puig-Junoy et al (2007), ídem.

farmacèutics per a una mateixa necessitat, apareixen en relació a ambdós factors (copagament normatiu i utilització de medicaments).

L'equitat del copagament normatiu és qüestionada quan s'observa que l'aportació exigida al pacient guarda una relació molt escassa amb llur capacitat econòmica (nivell de renda i riquesa). Els pensionistes del SNS, al marge de llur capacitat econòmica, estan exempts d'aportació, excepte els de les mutualitats públiques que han d'aportar el 30% del preu de venda. D'altra banda, alguns pacients no pensionistes, estant malalts, han de suportar un elevat percentatge de copagament (40%), malgrat els seus recursos puguin ser limitats; els mateixos pacients no pensionistes de les mutualitats públiques suporten el 30%. En la pràctica, aquesta aportació per part dels actius i llur beneficiaris ha estat parcialment evitable, si existeix un pensionista en l'entorn familiar proper a qui "transvasar" la prescripció.

Convé preguntar-se si la condició de pensionista que l'actual sistema de copagament utilitza com indicador brut de capacitat econòmica dona lloc a un accés equitatiu als medicaments. En aquest sentit, més enllà dels judicis de valor i d'apriorismes, l'evidència disponible sobre la distribució de la renda i de la riquesa, tant a Espanya com a la OCDE, proporcionen indicis que van en la direcció oposada.

En primer lloc, en nou països de la OCDE (entre els que no està inclòs Espanya) s'ha observat com la renda disponible dels pensionistes se situa al voltant del 70-80% del nivell que tenien durant els darrers 10 anys de vida laboral³. Tenint en compte la reducció de despeses relacionades amb l'activitat laboral i la major proporció de propietaris de vivenda, sembla que el nivell mig de benestar dels pensionistes no es redueix en deixar de treballar. En segon lloc, aquest mateix estudi de la OCDE indica que els sistemes de protecció pública són bastant efectius a l'hora de reduir el número de persones de renda molt baixa entre la població de més de 65 anys. Per exemple, a països com Canadà, Finlàndia, Alemanya, Holanda o Suècia, la proporció d'individus pobres (amb rendes inferiors al 50% de la renda mitjana) entre els majors de 65 anys és menor que entre la població de menys de 25 anys. Per Espanya, el poc que sabem és que els majors de 65 anys són el grup d'edat amb la menor taxa de pobresa entre tota la població⁴. Les taxes de pobresa més elevades es troben entre els menors de 30 anys, i en el grup d'individus de 45 a 64 anys.

³ OCDE (2001). *Ageing and income. Financial resources and retirement in 9 OECD countries*. París, 2001. Document disponible a: <http://www.oecd.org>.

⁴ Ayala L (2002): "Pobreza y protección social: las reformas necesarias". En: Muñoz S, García JL y González L. *Las estructuras del bienestar. Propuestas de reforma y nuevos horizontes*. Cap. 5. Madrid: Ed. Civitas; 2002.

D'altra banda, malgrat la manca d'informació, per a jutjar la capacitat econòmica no només resulta molt important la distribució de la renda, sinó també la de la riquesa entre els individus.

Quan es té en compte la utilització individual de medicaments, s'observa que el gruix del copagament actual es concentra en un grup reduït d'individus que pot estar essent penalitzat de manera notable: el 2% de la població suporta una tercera part de tots els copagaments recaptats⁵. És a dir, malgrat que la proporció mitjana efectiva de copagament sigui en conjunt reduïda (menys del 7% del preu), la concentració del consum en uns pocs individus subjectes a copagament pot fer que hagin de pagar una quantitat monetària bastant important, independent de llur renda, per tal d'accedir als medicaments.

En un estudi sobre el consum de medicaments a la comarca del Baix Empordà l'any 2002⁶, s'ha observat que el 0,6% de la població que més medicaments utilitza (incloent tant actius com pensionistes) se li han dispensat productes a les oficines de farmàcia amb càrrec al Servei Català de la Salut per valor de 3.436€ de mitjana durant un any, i han pagat més de 300€ per persona en concepte de copagament. El 3% de la població que més medicaments consumeix té una despesa per càpita de poc més de 2.000€, i realitza una aportació mitjana anual de 160€. El 5% de la població més consumidora acumula el 46% del copagaments. Aquests resultats confirmen que l'actual sistema de copagament suposa una elevada concentració en un reduït número d'individus que té escassa relació amb llur capacitat econòmica.

En aquest context no resulta estrany que entre els pacients en tractament crònic siguin els actius els que tinguin major informació i interès pel preu dels medicaments que consumeixen⁷. Els pacients actius coneixen el preu del 64% de les receptes amb menys d'un 25% d'error, mentre que els pensionistes tant sols saben el preu d'un 27% dels medicaments amb un error del 25%; a més, la meitat dels pensionistes afirmen no saber res sobre el preu de cap dels medicaments que els prescriuen. En l'estudi de Leal et al (1999),

5 Ibern P (1999): "Copago farmacéutico: Nivel de concentración en pocos usuarios y diseño de alternativas". A: López-Casasnovas G, Callau J, (eds.). Libro de Ponencias de las XIX Jornadas de Economía de la Salud; 1999 Jun 2-4; Zaragoza, España. Huesca: Asociación de Economía de la Salud; p. 409-10.

6 Ibern P, Inoriza JM, Coderch J (2004): "El gasto farmacéutico según morbilidad: una aplicación de los Clinical Risk Groups". XXIV Jornadas de Economía de la Salud; 2004 Junio, Madrid.

7 Leal A et al (1999): "¿Conocen nuestros pacientes el coste económico de la medicación que toman de forma crónica? ¿Les interesa?". Aten Primaria 1999; 23(3): 137-140.

entre medicaments iguals de preu diferent, cap pacient actiu escolliria el car, mentre que el 13% dels pensionistes sí ho faria.

Estudis realitzats en altres països sobre l'efecte distributiu de substituir un sistema de copagament farmacèutic basat en l'edat per un altre de basat en la renda aporten també informació útil sobre la direcció de l'impacte distributiu d'aquestes polítiques. Per exemple, el maig del 2003 el govern de British Columbia (Canadà) va suprimir un sistema de copagament segons l'edat del pacient per un que té en compte la seva renda. L'efecte distributiu d'aquest canvi de política ha estat analitzat en un estudi recent⁸ que conclou que, sense cap mena de dubte, es produeix una millora en la progressivitat de la distribució de la renda.

8 G.E. Hanley, S. Morgan and L. Yan (2006), Income-based drug coverage in British Columbia: The impact on the distribution of financial burden, Healthcare Policy, Vol. 2 Online Exclusive, November: 1-17.

3. Dades i mètode

3.1. Mostra d'assegurats

La població sobre la que realitzarem la nostra anàlisi de la incidència distributiva dels copagaments i els subsidis farmacèutics ha estat obtinguda a partir del Registre Central d'Assegurats (RCA) del CatSalut. La mostra inicial conté 469.845 individus extrets aleatòriament del conjunt de persones que, l'1 de gener de 2004, rebien cobertura sanitària per part del CatSalut. No obstant, pels motius que s'expliquen tot seguit, la dimensió de la mostra finalment utilitzada ha estat de 406.390 individus.

En primer lloc, donat que el RCA no conté informació sobre la renda dels individus, i aquesta variable resulta clau si hom pretén analitzar qüestions distributives, ha estat necessari realitzar una imputació a partir de l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) de 2006; així doncs, per una qüestió de consistència temporal, hem seleccionat aquells individus de la mostra original que estiguessin vius l'1 de gener de 2006 (n=456.926), i hem avaluat el consum de medicaments al llarg del 2006. D'altra banda, la tècnica utilitzada per a imputar la renda dels individus de l'ESCA als de la RCA es basa, com explicarem més endavant, en el conjunt de variables socio-demogràfiques que comparteixen ambdues bases de dades; així doncs, per aquells individus de la RCA que tenen "valors perduts" en alguna d'aquestes variables, no ha estat possible imputar-los una renda (n=50.536) i, per tant, també han estat exclosos de l'anàlisi.

3.2. Característiques socio-demogràfiques

La informació obtinguda a partir del RCA sobre els individus que componen la nostra mostra conté les variables que es mostren a la taula 1. Totes les variables han estat mesurades a 1 de gener de 2006. Així doncs, per a cadascun dels individus, coneixem el valor en aquesta data de: la seva edat, el seu sexe, el seu nivell educatiu, l'ur règim de cobertura farmacèutica, si és immigrant o no, i el municipi on resideix. Algunes d'aquestes variables tenen algunes particularitats que convé tenir en compte.

En primer lloc, pel que fa al nivell educatiu, cal assenyalar que es tracta d'una variable que no forma part del conjunt original de variables contingudes al RCA, sinó que ha estat obtinguda per aquest estudi a partir del Padró d'Habitants. En aquest sentit, per tal de donar una major robustesa a l'exercici d'imputació de renda, hem optat per recodificar la informació padronal i establir categories educatives el més semblant possibles a les de l'ESCA.

D'altra banda, pel que fa al règim de cobertura farmacèutic, la dada que proporciona el RCA està referida a l'1 de gener de 2006. No obstant, donat que el nostre objectiu és analitzar el consum farmacèutic realitzat durant tot l'any 2006, és important poder identificar aquells individus que canvien de règim de cobertura entre l'1/1/2006 i el 31/12/2006. El procediment emprat per identificar aquestes transicions ha estat analitzar les dades de despesa mensuals al llarg del 2006, i definir tres possibles estatus de cobertura: i) "pensionistes", si per totes les observacions de consum de l'individu —durant l'any 2006— els copagaments són nuls; ii) "actius", si per totes les observacions de consum els copagaments són positius; i iii), "nous pensionistes", si al llarg de l'any 2006, els individus passen en algun moment de realitzar copagaments a no fer-ho. Finalment, en el cas d'aquelles persones que no han realitzat cap tipus de consum al llarg de l'any 2006 (N=142.162), l'estatus de cobertura que els hi hem assignat —pensionista o actiu— és el que figurava al RCA l'1/1/2006.

Taula 1. Informació socio-demogràfica dels individus de la mostra

Variable	Contingut
Edat	Edat (anys) a 1/1/2006
Sexe	1 dona 2 home
Nivell educatiu	1 Sense estudis 2 Estudis primaris 3 Estudis secundaris o superiors
Municipi	Municipi de residència l'1/1/2006
Règim de cobertura	1 Pensionista (tot l'any 2006) 2 Actiu (tot l'any 2006) 3 Nou pensionista (canvia de règim durant 2006)
Immigrant	1 Nascut fora d'Espanya 0 Nascut a Espanya

3.3. Dades de despesa farmacèutica

La Gerència d' Atenció Farmacèutica i Prestacions Complementàries del CatSalut ens ha proporcionat informació sobre la despesa en medicaments realitzada al llarg del 2006 per cadascun dels individus que componen la nostra mostra. En concret, per a cadascuna de les receptes presentades per aquestes persones a les Oficines de Farmàcia, tenim informació sobre tres variables: el PVP dels medicaments consumits, la quantia de la part finançada pel CatSalut i, si els individus estan subjectes a copagament, la quantia d'aquest.

En principi, donat que el nostre interès és analitzar la incidència dels copagaments en el 2006, la unitat temporal sobre la que caldria agregar la informació anterior és l'any. No obstant, per tal de poder incloure en la nostra anàlisi el consum d'aquells individus que moren al llarg de l'any 2006 (N=3.405), hem optat per definir les variables anteriors en termes mensuals mitjans. Així doncs, tant pels supervivents com pels no supervivents, aquests valors mensuals mitjans de les diferents variables —despesa, subsidi i copagament— s'han obtingut dividint els corresponents valors anuals entre el número de mesos del 2006 en que cadascun dels individus va estar viu.

3.4. Imputació de la renda a partir de l'ESCA

Ja hem assenyalat anteriorment que el RCA no aporta informació sobre la renda dels individus que componen la nostra mostra. No obstant, donat que disposem de certa informació socio-demogràfica sobre aquests individus, ha estat possible realitzar un exercici d'imputació a partir de les microdades de l'ESCA-06. El procediment utilitzat consta de dues etapes que s'expliquen tot seguit.

En la primera etapa, després de seleccionar aquells individus de l'ESCA que reben cobertura sanitària a través del CatSalut, s'ha estimat un model de regressió que prediu la renda de cadascun d'ells a partir de les variables explicatives següents: l'edat, el sexe, el nivell educatiu, la condició d'immigrant i la "zona" de residència⁹. En concret, pel que fa a la renda dels individus, la mesura utilitzada ha estat la renda anual equivalent (definida mitjançant l'escala d'equivalència modificada de la OCDE)¹⁰. Els pesos que utilitza aquesta escala són els següents: 1 pel primer adult de la llar, 0,5 per la resta d'adults, i 0,3 pels menors de 14 anys¹¹. D'altra banda, pel que fa a la zona de residència, aquesta ha estat definida a partir del conjunt de variables fictícies següents: els 10 districtes de la ciutat de Barcelona; les ciutats de Tarragona, Lleida i Girona; i, per a cadascuna de les quatre províncies catalanes, els municipis de més de 100.000 habitants, els de 50.000 a 100.000, i els de menys de 50.000.

En la segona etapa, donat que la RCA incorpora informació sobre totes les variables anteriors pels individus que componen la nostra

⁹ S'ha estimat la renda equivalent fent servir Mínims Quadrats Ordinaris. La R²-Ajustada del model és 0,21.

¹⁰ Hagenaars, A., K. de Vos and M.A. Zaidi (1994), *Poverty Statistics in the Late 1980s: Research Based on Micro-data*, Office for Official Publications of the European Communities. Luxembourg.

¹¹ Així doncs, si una llar està composta per dos adults que tenen uns ingressos anuals conjunts de 15.000 euros, la renda equivalent de cadascun d'ells és de 10.000 euros.

mostra, els coeficients del model han estat utilitzats per a predir (imputar) una renda anual equivalent a cadascun d'ells.

3.5. Mesures d'incidència distributiva

L'anàlisi de la incidència distributiva de les tres variables d'interès —despesa farmacèutica total, subsidis públics i copagaments— s'ha dut a terme mitjançant dos tipus de mesures força emprades en la literatura¹²: les corbes i els índexs de concentració. Ambdós instruments, que com veurem tot seguit es troben íntimament relacionats, tenen el seu punt de partida en els anomenats percentils de renda. Els percentils de renda es construeixen ordenant als individus d'una determinada població de menys a més renda, i classificant-los posteriorment en grups d'igual dimensió¹³.

3.5.1. Corbes de concentració

Fet això, les corbes de concentració (CC) de la despesa total, del subsidi públic i del copagament, analitzen gràficament com la variable d'interès es distribueix entre els diferents percentils. Així, si la variable d'interès no té cap relació amb la renda, el que observarem és que tots els percentils participen amb un percentatge idèntic (el 10%, si són decils) en la distribució de la variable que estiguem analitzant; gràficament, si en l'eix d'ordenades hi col·loquem l'acumulació per percentils de la variable d'interès, la distribució "igualitària" que acabem de descriure vindrà definida per una CC que coincideix amb una recta de 45°. En canvi, si la variable d'interès està distribuïda de tal manera que "beneficia" relativament més als individus de menor renda, la CC resultant tendirà a estar per sobre de l'esmentada diagonal; alternativament, si són els individus de major renda els més beneficiats, la CC tendirà a estar per sota de la recta de 45°.

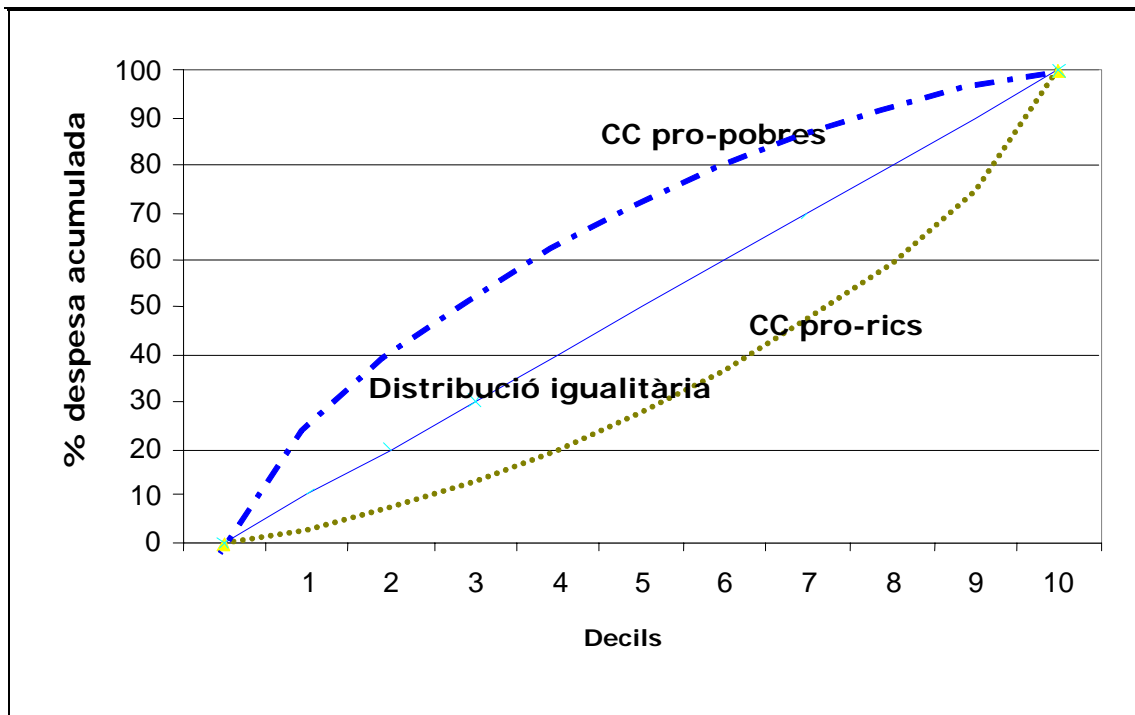
El gràfic 1 il·lustra els conceptes anteriors per una distribució imaginària de despesa. En l'eix d'ordenades representariem els decils ordenats per renda, i a l'eix d'abscisses el percentatge de la despesa que acumula cada decil. Així veiem que, si a mesura que acumulem decils de renda acumulem el mateix percentatge de despesa (el 10% més pobre gasta el 10% de la despesa, el 20% més pobre gasta el 20% de la despesa, i així successivament), obtindriem la CC que correspon a la diagonal, mostrada com distribució igualitària. D'altra banda, si els decils més pobres acumulen una major proporció de la

¹² Hanley G, Morgan S i Yan L (2006), ídem.

¹³ El més habitual és definir deu grups de població. En aquest cas, cadascun dels percentils generats, que reben el nom de decils, apleguen un 10% del total d'individus; d'aquesta manera, donat que els individus han estat prèviament ordenats segons el seu nivell de renda, el primer decil està format pel 10% d'individus més pobres, el segon pel 10% següent, i així successivament.

despesa (el 10% més pobre gasta més del 10% de la despesa) estariem davant d'una distribució pro-pobres. Al contrari, si els decils més rics són els que acumulen una major proporció de la despesa (el 10% més pobre gasta menys d'un 10% de la despesa, i el 10% més ric gasta més d'un 10% del total de la despesa de la població), la corba de concentració aniria per sota de la de la distribució igualitària, i per tant, estariem davant d'una distribució pro-rics.

Gràfic 1. Il·lustració de les corbes de concentració



Quan la variable d'interès és l'aportació feta en forma de copagament per cada individu, la pregunta rellevant és: ¿en quina mesura aquestes aportacions estan relacionades amb la capacitat de econòmica dels individus? o, en altres paraules, ¿és aquesta relació proporcional, progressiva (els copagaments representen una proporció major de la renda dels individus a mesura que aquesta augmenta) o regressiva (els copagaments representen una major proporció de la renda dels decils inferiors)?

En aquest sentit, si la distribució de la renda fos igualitària, aquesta pregunta es podria contestar gràficament comparant la CC dels copagaments amb la línia de 45° (distribució igualitària). No obstant, la distribució de la renda és desigual, i els decils més pobres acumulen percentatges de renda inferiors al seu pes poblacional.

Així doncs, per avaluar gràficament si els copagaments són progressius, proporcionals o regressius, hem de comparar la CC dels copagaments amb la corba de Lorenz de la renda (CC de la renda). En cas que totes dues corbes coincideixin, la proporció que copaga

cada decil coincidirà amb la proporció que representa la seva renda sobre la renda poblacional, i per tant, els copagaments seran proporcionals. Si la CC dels copagaments es troba per sobre de la corba de Lorenz, els copagaments representaran una proporció major que la proporció de renda dels individus més pobres, i per tant, els copagaments seran regressius. Finalment, si la CC dels copagaments es troba per sota de la corba de Lorenz, els copagaments dels decils inferiors seran una proporció menor que la seva proporció de renda, i per tant, els copagaments seran progressius.

3.5.2 Índexs de concentració

Els índexs de concentració (IC) no fan més que expressar quantitativament la interpretació gràfica de les CC descrita anteriorment. Així doncs, donat que un IC mesura l'àrea compresa entre una determinada CC i la recta de 45°, la interpretació que es pot fer del mateix és la següent: en primer lloc, la distribució de la variable d'interès tindrà poc a veure amb la renda quan més proper a zero sigui el seu IC; d'altra banda, quant més negatiu sigui l'IC (més proper a "-1"), més pro-pobres resulta la distribució de la variable d'interès; finalment, quant més positiu sigui el valor de l'índex (més proper a "+1"), més regressiva (pro-rics) resulta la distribució de la variable d'interès.

En termes més formals, seguint la proposta realitzada per Van Doorslaer i Jones (2003)¹⁴, la fórmula emprada per a computar els esmentats índexs de concentració ha estat la següent:

$$IC = \frac{2}{\mu} COV(y_i, R_i)$$

on y_i és el valor que pren per l'i-èssim individu la variable l'índex de concentració de la qual pretenem computar (despesa, subsidi o copagament), μ la mitjana d'aquesta variable, R_i el rang fraccional relatiu de l'i-èssim individu en la distribució de la renda, i COV la covariança entre y_i i R_i .

Els índexs de concentració resulten adequats per a mesurar la desigualtat observada en relació a la renda de les variables d'interès analitzades en aquest estudi: el subsidi públic per persona destinat al finançament públic de medicaments, i l'aportació (copagament) de l'usuari quan consumeix medicaments coberts per l'assegurador

¹⁴ Van Doorslaer, E. i Jones, A. (2003): "Inequalities in self-reported health: validation of a new approach to measurement". *Journal of Health Economics*, 22(1):61-87.

públic. Per tant, aquest índex de concentració només mesura si el subsidi públic i la despesa privada per copagament són iguals per als diferents grups de renda.

En aquest sentit, convé observar que l'IC només mesura la desigualtat relacionada amb la renda, de tal manera que resulta poc útil per a obtenir mesures d'equitat (igualtat d'oportunitat d'accés i d'utilització dels medicaments per a una mateixa necessitat), tota vegada que una anàlisi d'equitat del subsidi requereix un ajust per necessitat¹⁵. L'objectiu del present estudi es limita a la construcció de mesures de desigualtat sense que, amb les dades de naturalesa administrativa actualment disponibles i emprades en aquest estudi, sigui possible abordar la construcció d'indicadors d'equitat amb el corresponent ajust per necessitat. En d'altres termes, si la necessitat d'atenció es distribueix de manera desigual entre decils de renda, llavors cal tenir això en compte i mesurar la distribució actual del subsidi (corba de concentració) en relació a una distribució ajustada per necessitat i no en relació a una distribució simplement proporcional (línea diagonal de 45⁰ de la corba de concentració).

La limitació anterior relativa a la corba de concentració del subsidi públic no apareix en analitzar el copagament, doncs el criteri d'equitat rellevant es construeix en base a la capacitat econòmica, i no a la necessitat: així, l'objectiu és que la proporció de renda destinada al copagament dels medicaments sigui igual per a tots els decils de renda amb independència del seu nivell de necessitat. En aquest sentit, la comparació de la corba de concentració dels copagaments amb la de la renda es pot interpretar com a més propera a una mesura d'equitat en el finançament.

¹⁵ En aquest cas, es tractaria d'índexs d'equitat horitzontal.

4. RESULTATS

4.1 Descriptius generals de la despesa farmacèutica individual

La taula 2 conté informació sobre la despesa farmacèutica mensual realitzada pels individus de la mostra inicial (N=456.926) (abans d'excloure aquells pels que no ha estat possible imputar la seva renda). Un primer element a destacar és que el 31% de la població no ha consumit cap medicament finançat pel CatSalut al llarg de l'any 2006. En segon lloc, entre aquells que sí han consumit medicaments, la immensa majoria (79%) té una despesa mitjana mensual valorada a preus de venda al públic (PVP) inferior als 25 euros. Finalment, si definim els grans consumidors com aquells que realitzen una despesa mensual superior a 75 euros, el percentatge de la població que quedaria classificada en aquesta categoria no arriba al 10%.

Taula 2. Distribució de la despesa farmacèutica mensual mitjana

Grups de despesa (€ mensuals)	Total Individus	Percentatge
0	142.162	31,11%
>0-24	218.556	47,83%
25-49	35.677	7,81%
50-74	20.902	4,57%
75-149	26.144	5,72%
150-299	11.040	2,42%
300-599	2.187	0,48%
600-999	199	0,04%
>1000	59	0,01%
Total	456.926	100,00%

Les taules 3 i 4 mostren, respectivament, la despesa farmacèutica mensual de la mostra analitzada abans i després d'excloure els individus pels que no ha estat possible imputar el seu nivell de renda (N=50.536, un 11,05% de la mostra inicial). En totes dues taules, després de dividir els individus segons el seu tipus de cobertura asseguradora (actius, pensionistes i nous pensionistes), s'analitza com aquests es distribueixen en cadascun dels trams de despesa prèviament definits. Les escasses diferències entre la mostra completa i la restringida atorguen robustesa a l'anàlisi d'incidència distributiva que es realitza més endavant, doncs l'exclusió d'individus no sembla haver afectat la representativitat de la mostra original.

Les xifres que apareixen en totes dues taules posen de manifest fins a quin punt la despesa farmacèutica dels pensionistes i dels actius resulta diferent. Així, tot i que només el 24,75% de la mostra analitzada té la condició de pensionista, la proporció de persones amb aquest règim de cobertura és sempre superior al 70% en tots els

trams de despesa que superen els 50 euros mensuals. En canvi, en el cas de les persones actives, que tenen un pes poblacional del 74%, els trams de despesa en que aquestes es troben "sobre-representades" es corresponen amb els de menor consum: així, són persones actives el 83% d'aquells amb un nivell de despesa inferior a 25 euros, i el 92,4% d'aquells que no han consumit en absolut. Les xifres anteriors, que són les corresponents a la mostra completa (taula 3), són molt semblants a les que s'observen després d'excloure els individus amb "valors perduts" per la variable renda (taula 4).

Taula 3. Distribució per grups de despesa de la població per nivell de cobertura. Totals i percentatges (entre parèntesi)

Grups de despesa (€ mensuals)	Actius	Pensionistes	Nous Pensionistes	Total
0	131.397 (92,43)	10.765 (7,57)	0 (0,00)	142.162 (100,00)
>0-24	181.610 (83,10)	33.964 (15,54)	2.982 (1,36)	218.556 (100,00)
25-49	13.918 (39,01)	20.680 (57,96)	1.079 (3,02)	35.677 (100,00)
50-74	5.302 (25,37)	14.999 (71,76)	601 (2,88)	20.902 (100,00)
75-149	4.424 (16,92)	21.124 (80,80)	596 (2,28)	26.144 (100,00)
150-299	1.292 (11,70)	9.519 (86,22)	229 (2,07)	11.040 (100,00)
300-599	285 (13,03)	1.840 (84,13)	62 (2,83)	2.187 (100,00)
600-999	39 (19,60)	153 (76,88)	7 (3,52)	199 (100,00)
>1000	15 (25,42)	42 (71,19)	2 (3,39)	59 (100,00)
Total	338.282 (74,03)	113.086 (24,75)	5.558 (1,22)	456.926 (100,00)

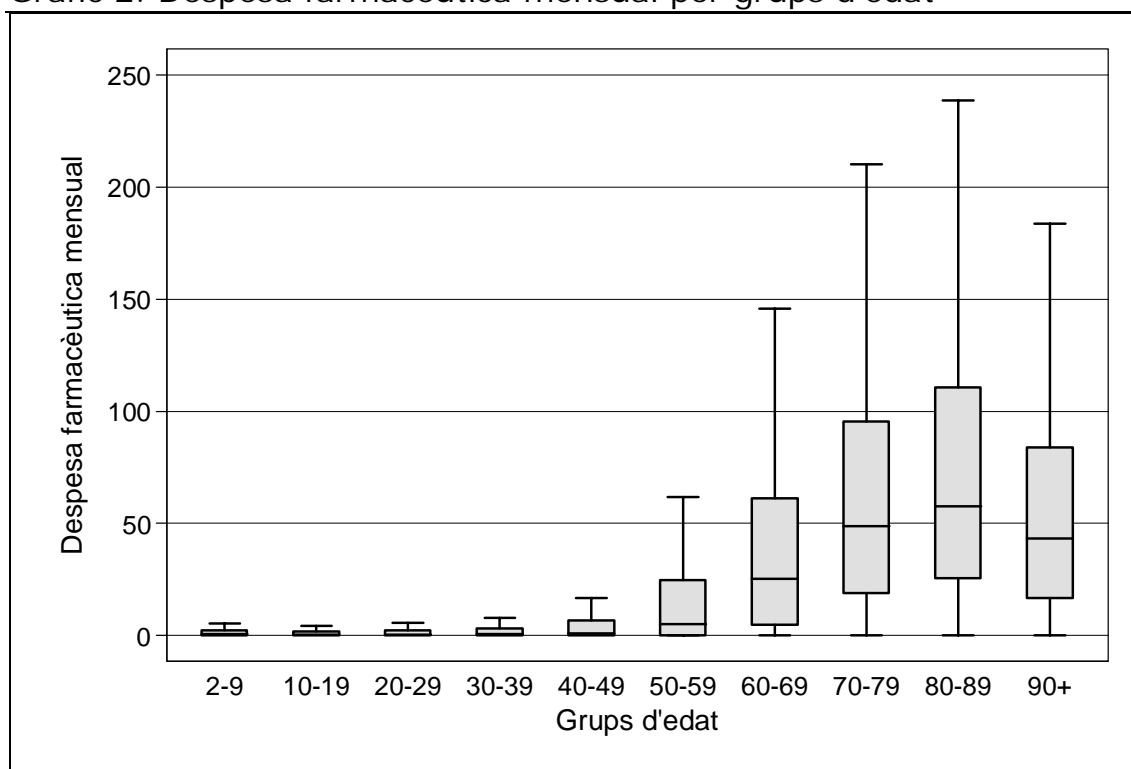
Taula 4. Distribució per grups de despesa de la població per nivell de cobertura. Totals i percentatges (entre parèntesi) dels individus als quals hem imputat la seva renda equivalent

Grups de despesa (€ mensuals)	Actius	Pensionistes	Nous Pensionistes	Total
0	114.559 (93,61)	7.816 (6,39)	0 (0,00)	122.375 (100,00)
>0-24	166.082 (83,67)	29.741 (14,98)	2.678 (1,35)	198.501 (100,00)
25-49	12.673 (39,65)	18.293 (57,23)	997 (3,12)	31.963 (100,00)
50-74	4.812 (25,96)	13.182 (71,11)	544 (2,93)	18.538 (100,00)
75-149	4.033 (17,49)	18.483 (80,17)	538 (2,33)	23.054 (100,00)
150-299	1.181	8.391	205	9.777

	(12,08)	(85,82)	(2,10)	(100,00)
300-599	257	1,636	57	1,95
	(13,18)	(83,90)	(2,92)	(100,00)
600-999	35	139	7	181
	(19,34)	(76,80)	(3,87)	(100,00)
>1000	11	38	2	51
	(21,57)	(74,51)	(3,92)	(100,00)
Total	303.643	97.719	5.028	406.390
	(74,72)	(24,05)	(1,24)	(100,00)

Els gràfics 2, 3 i 4 mostren, respectivament, la distribució per grups d'edat de la despesa farmacèutica, els subsidis i els copagaments, expressats en euros mensuals¹⁶. En concret, per a cadascuna d'aquestes variables, el gràfic respectiu inclou informació per cada grup d'edat sobre: la mediana, els percentils 25 i 75 de la distribució, així com els valors adjacents superior i inferior, que separen els valor extrems de la resta de la distribució¹⁷.

Gràfic 2. Despesa farmacèutica mensual per grups d'edat



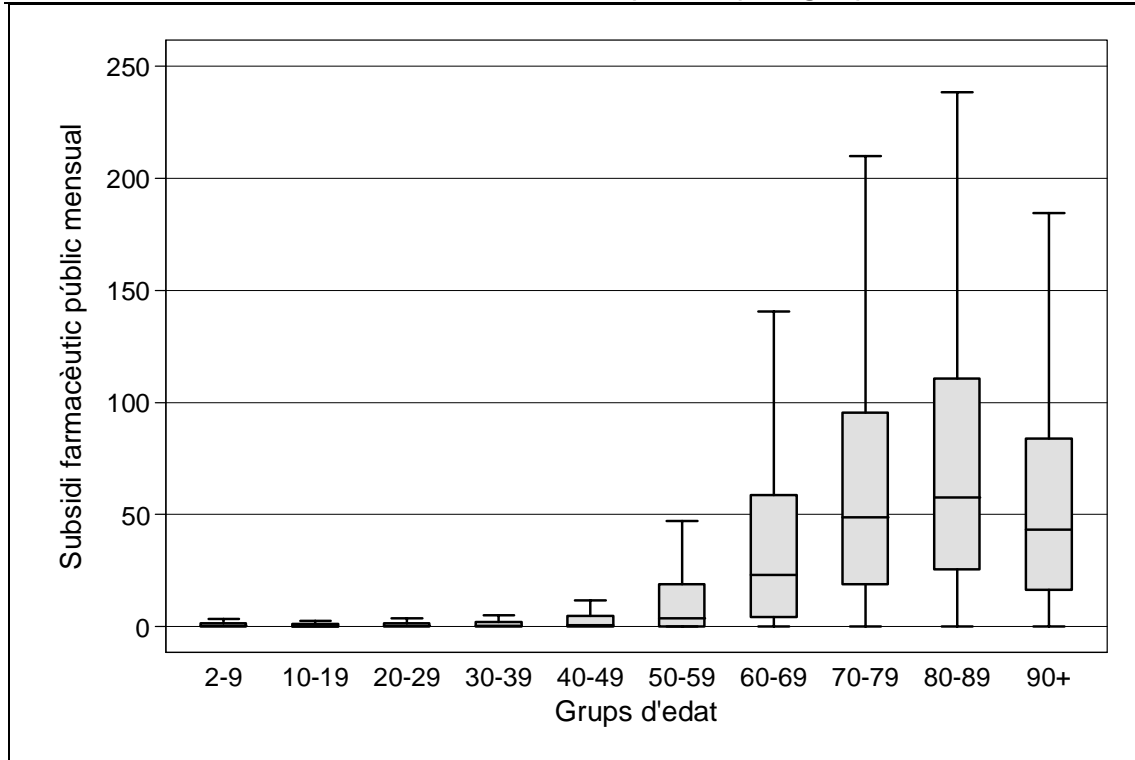
¹⁶ En aquests gràfics, i en tots els que segueixen, l'anàlisi es realitza sobre una mostra en la que s'han exclòs els subjectes que han canviat d'estatus de cobertura al llarg del 2006 (N=5.558), així com els individus pels que no ha estat possible imputar-los una renda (N= 50.536). De manera que la mostra final de l'anàlisi és 401.362 individus.

¹⁷ Per motius d'escala, els gràfics de caixa inclosos a l'estudi no mostren els valors extrems, tot i que hi ha individus amb valors de despesa, subsidi i copagament superiors al valor adjacent superior.

En primer lloc, començant per la despesa farmacèutica total, el gràfic 2 torna a posar de manifest un fet prou conegut: l'intens gradient etari que caracteritza el consum de medicaments. Així, fins i tot si prenem com a referència les persones de menys de 60 anys que més consumeixen (50-59), la següent cohort de població (60-69) té una despesa mediana tres vegades superior; i, si considerem les cohorts amb edats encara més avançades, els valors pugen fins a les sis i les set vegades en cada cas. En termes absoluts, sobre tot en les cohorts amb edats superiors als 70 anys, la despesa en medicaments assoleix xifres mensuals gens menyspreables: així, el 75% dels individus tenen una despesa mensual superior als 20 euros, i el 25% gairebé per sobre dels 100.

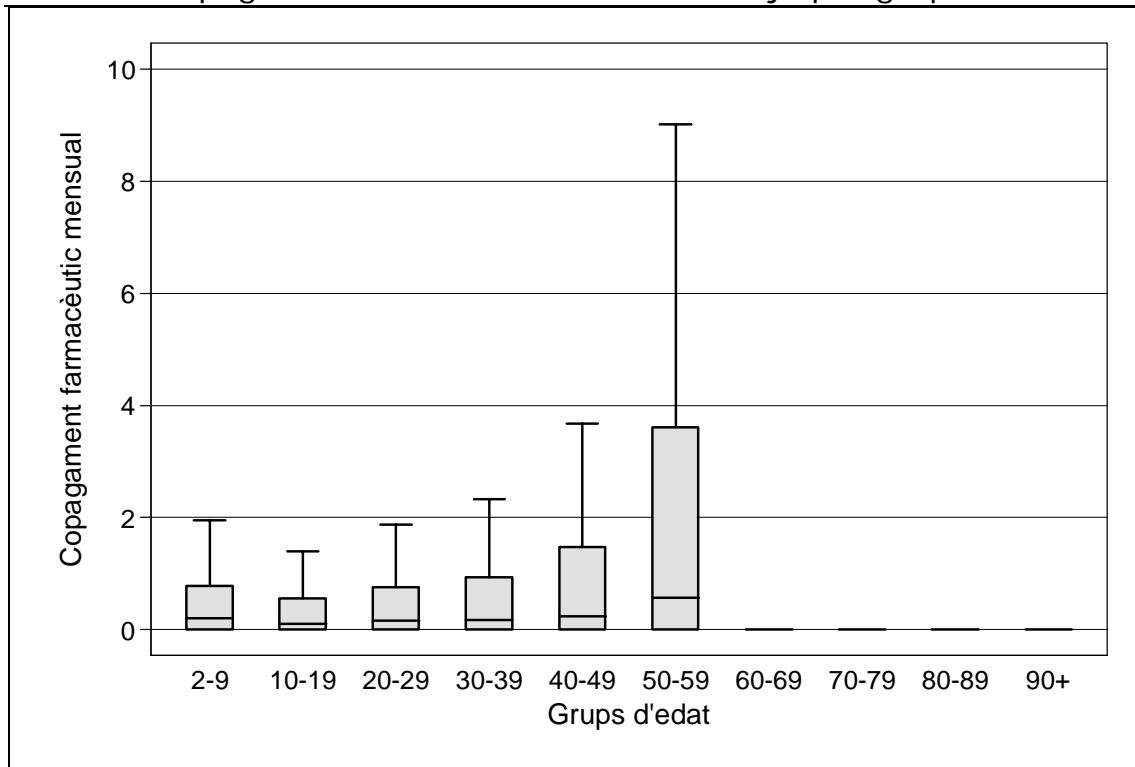
Les quanties dels subsidis públics, calculats com la diferència entre les despeses totals i les aportacions realitzades pels usuaris, apareixen recollides al gràfic 3. Òbviament, en el cas de les cohorts d'edat més avançada, on la pràctica totalitat d'individus són pensionistes, les xifres que hi apareixen són les mateixes que trobàvem en el gràfic anterior. Per la seva banda, fruit de l'existència dels copagaments, les quanties dels subsidis són menors que els de les despeses per aquelles cohorts d'individus on la majoria de persones són actives (els menors de 60 anys).

Gràfic 3. Subsidí farmacèutic mensual públic per grups d'edat



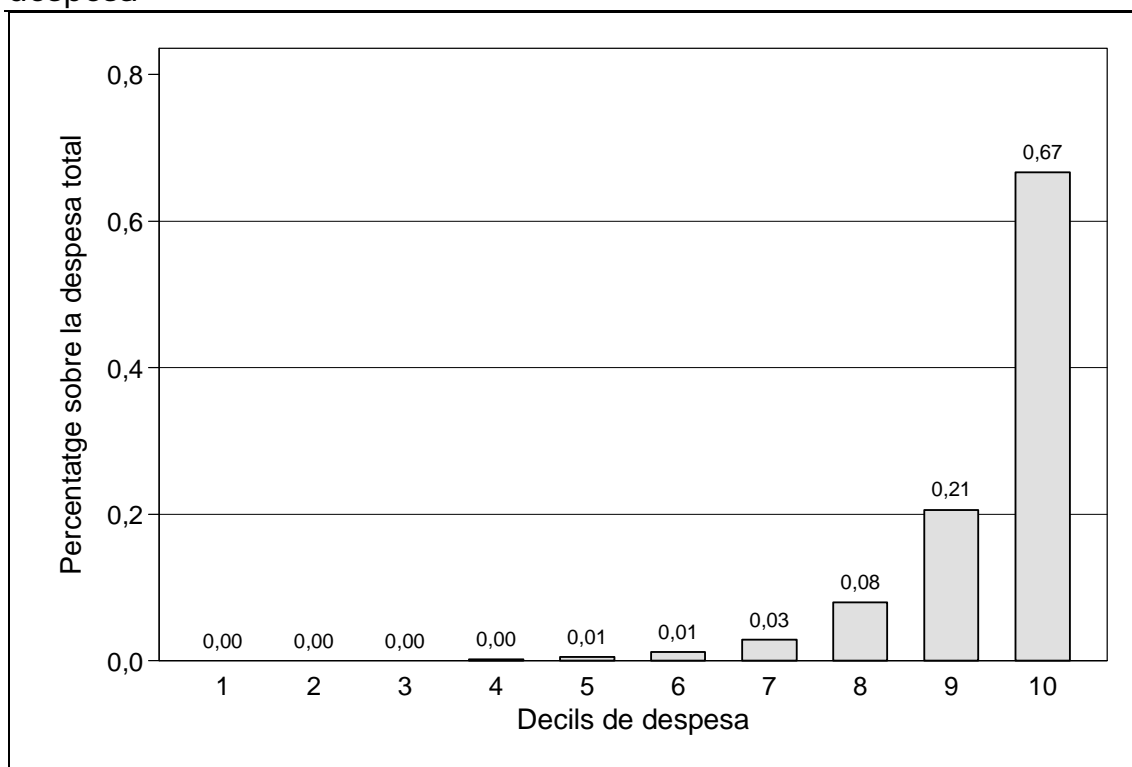
El gràfic 4 conté informació sobre les quanties dels copagaments mensuals pels diferents grups d'edat. La principal conclusió que se n'extreu és que, en termes mitjans, la quantia dels copagaments que suporten les cohorts de població amb edats inferiors als 60 anys és força modesta: per sota dels 0,5€ mensuals. No obstant, a partir dels 40 anys, i més marcadament entre els 50 i els 59 anys, s'observa l'existència d'un percentatge no menyspreable de persones amb copagaments mitjans més importants: en concret, entre els individus de 50-59 anys, n'hi ha un 25% que realitza aportacions mensuals superiors als 3,5€ aproximadament. D'altra banda, trobem que el copagament màxim es situa en els 212,3€ mensuals (realitzat per un individu del grup de 30 a 39 anys). Entre els individus de 50-59 anys el copagament màxim és de 146,64€ mensuals.

Gràfic 4. Copagament farmacèutic mensual mitjà per grups d'edat



El gràfic 5 permet visualitzar el grau de concentració de la despesa farmacèutica a nivell poblacional. En concret, després de dividir la població en deu grups de població i d'ordenar-los de manera creixent segons el seu nivell de despesa, s'observa que el 10% d'individus que més gasten en medicaments acumulen el 67% de la despesa farmacèutica total; de fet, si hi afegim el següent 10% de població que més gasta, el percentatge de despesa que acumulen entre tots dos decils arriba fins el 88%.

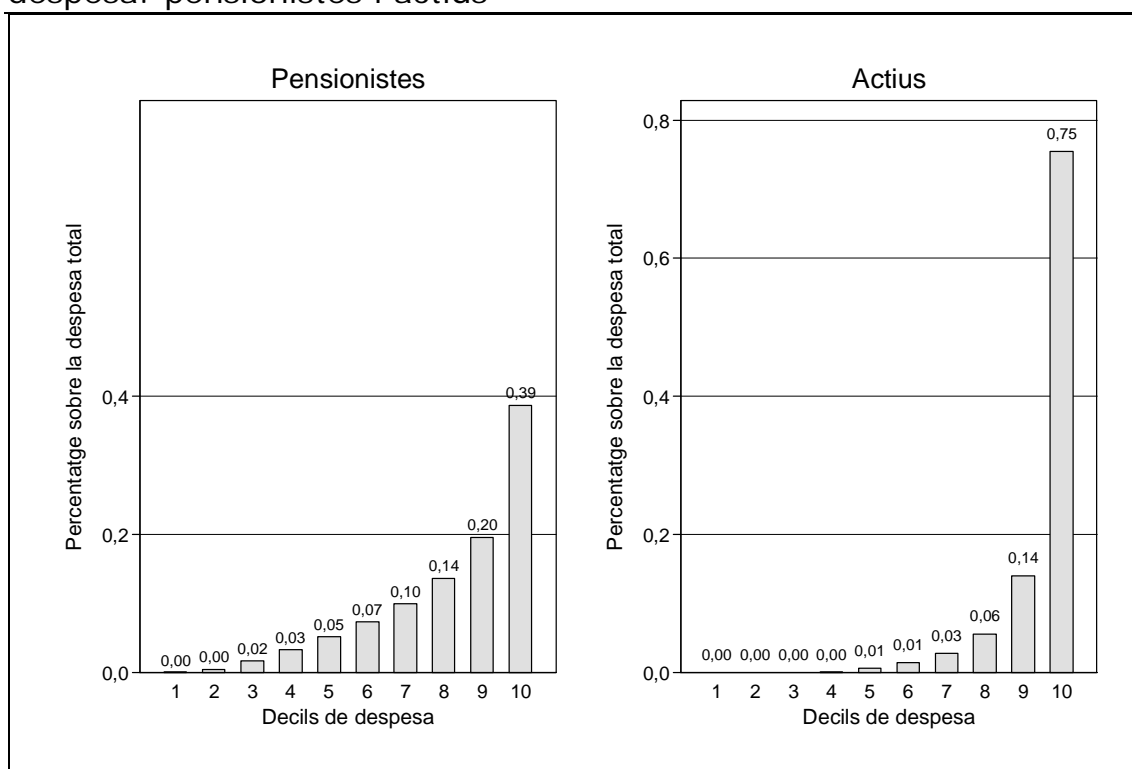
Gràfic 5. Percentatges de despesa suportats per cada decil de despesa



No obstant, com posa de manifest el gràfic 6, el grau de concentració de la despesa és molt superior en el cas de la població activa: així, mentre el 10% que més gasta dels pensionistes acumula el 39% de la despesa total d'aquest col·lectiu, la xifra corresponent per a la població activa és del 75%. Els percentatges de la resta de decils també posen de manifest aquest diferent grau de concentració segons sigui el règim de cobertura considerat: així, mentre els 7 primers decils de població activa només acumula el 5% de la despesa total d'aquest col·lectiu, la xifra corresponent en el cas dels pensionistes supera el 27%.

La taula 5 analitza amb més detall el grau de concentració de la despesa farmacèutica, tant per la població en el seu conjunt, com pels col·lectius de pensionistes i actius. En primer lloc, començant per aquests darrers, les xifres de la taula 5 mostren un grau de concentració encara més acusat que el que suggeria el gràfic anterior: així, l'1% de les persones actives que més gasta en medicaments, acumula el 25,5% de la despesa total realitzada per aquest col·lectiu; de fet, si afegim el següent 1% que més gasta, el percentatge acumulat s'apropa al 40%. D'altra banda, pel que fa als pensionistes, el grau de concentració resulta força menor: l'1% que més gasta acumula el 8,2% de la despesa total, i el 2% el 13,3.

Gràfic 6. Percentatges de despesa suportats per cada decil de despesa: pensionistes i actius



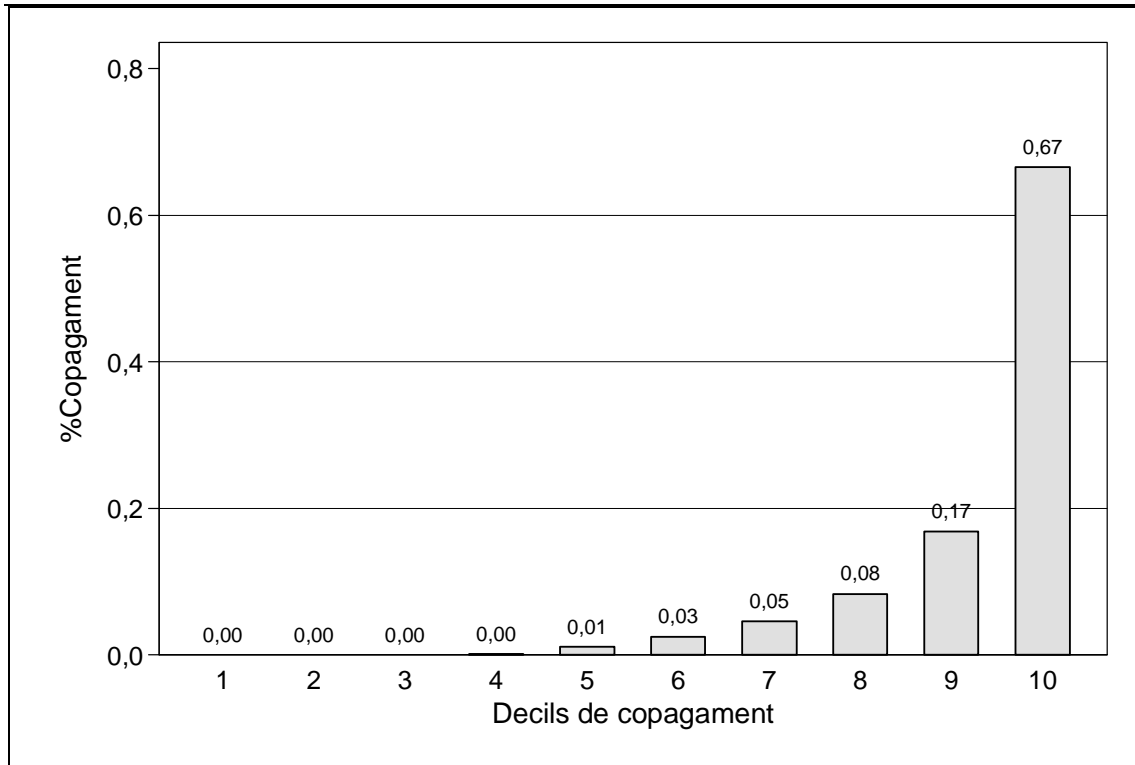
Taula 5. Distribució del percentatge de despesa. Tota la població i per nivells de cobertura

Percentatge de la població que gasta un x% més	Pensionistes i Actius	Pensionistes	Actius
1%	16,94%	8,22%	25,53%
2%	26,63%	13,30%	37,11%
5%	46,48%	24,76%	57,77%
10%	66,64%	38,70%	75,47%
20%	87,24%	58,31%	89,47%
30%	95,22%	71,95%	95,07%
50%	99,29%	89,32%	99,32%

L'elevada concentració de la despesa que s'observa en el cas dels actius es tradueix, com era d'esperar, en una elevada concentració en els copagaments. Així doncs, com posa de manifest el gràfic 7, el 10% de la població activa que més copaga realitza unes aportacions que, en conjunt, representen el 67% de les aportacions totals; de fet, si afegim el següent 10% de persones que més copaga, descobrim que el 20% de la població activa suporta el 84% dels copagaments totals. Resulta interessant constatar que aquestes xifres de concentració, tot i ser molt elevades, són lleugerament menors que

les reportades en el cas de la despesa (gràfic 6). Aquesta discrepància s'explica per l'existència de l'anomenada aportació reduïda (10%) que afecta a determinats tractaments crònics, i pel fet que les persones que els consumeixen es troben concentrades en els decils de major despesa; fruit d'això, donat que el copagament mitjà d'aquests decils és inferior al 40%, la distribució dels copagaments té un grau de concentració menor que la despesa.

Gràfic 7. Percentatge dels copagaments suportat per cada decil de renda dels actius



La taula 6 analitza amb una mica més de detall el grau de concentració dels copagaments. Es constata novament una forta concentració dins del grup dels que més copaguen: així, si el 10% de la població que més copaga acumula el 67% del total d'aportacions, el 10% d'aquests grans copagadors acumulen el 18,71% del total: amb d'altres paraules, les aportacions que realitza un 1% de la població activa representen gairebé el 20% dels ingressos generats via copagaments. D'altra banda, la quantia mitjana de les aportacions que realitza aquest subgrup de població no resulta menyspreable: 28 euros mensuals.

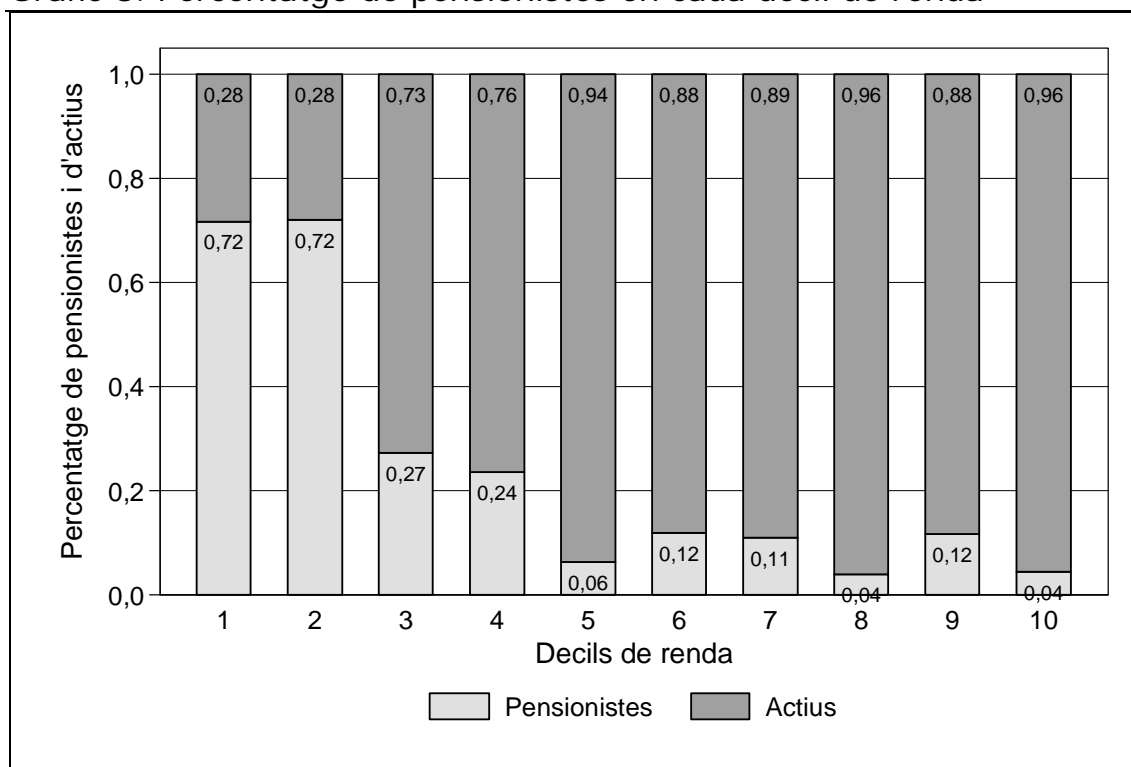
Taula 6. Distribució del percentatge total de copagament entre actius

X% que més copaga	% del total de copagament	Copagament mensual mitjà	Edat mitjana
1%	18,71%	28,79€	52
2%	29,52%	22,72€	52
5%	49,35%	15,19€	50
10%	66,55%	10,23€	47
20%	83,36%	6,41€	42
30%	91,70%	4,70€	39
50%	98,79%	3,04€	35

4.2 Descriptius segons el nivell de renda dels individus

A partir de la renda equivalent imputada, s'han classificat els individus segons decils de renda i s'ha analitzat la distribució per decils de les variables d'interès en aquest estudi: la despesa individual valorada a preus de venda al públic, el subsidi públic i el copagament.

Gràfic 8. Percentatge de pensionistes en cada decil de renda

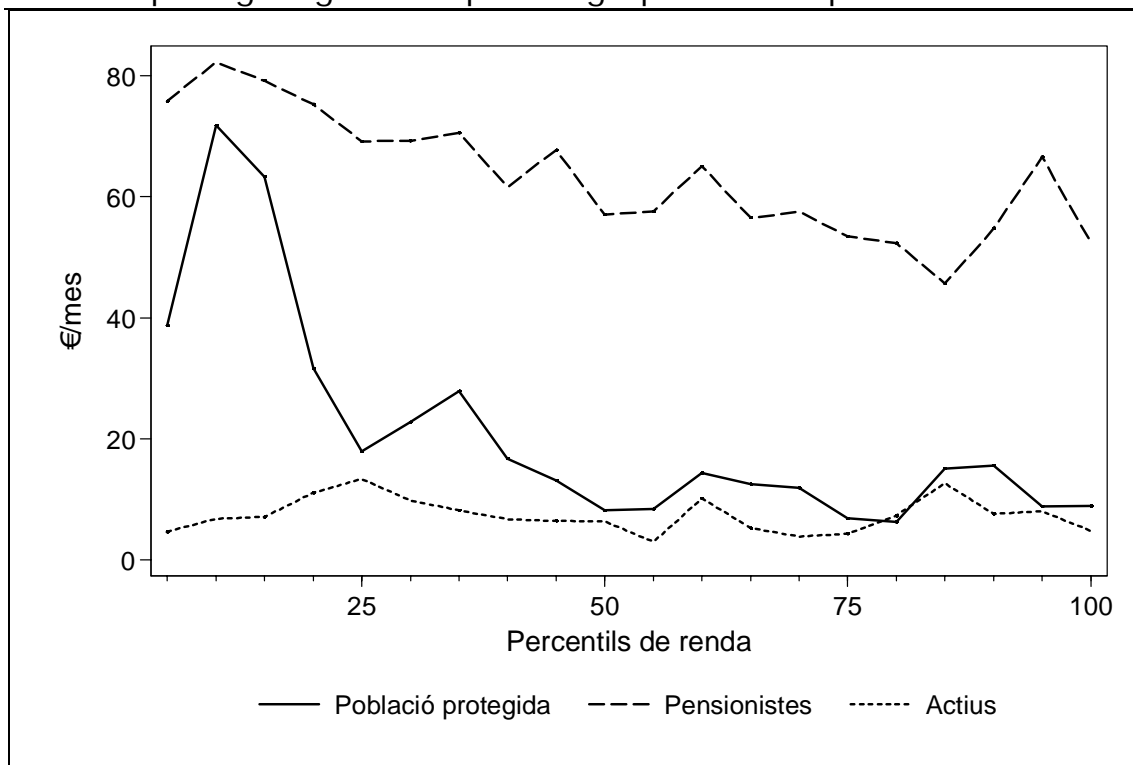


La distribució de la població de la mostra segons la seva condició de la cobertura asseguradora en cada decil de renda evidencia que el 72% dels dos primers decils de renda correspon a pensionistes, o sia, a individus exempts de qualsevol copagament (Gràfic 8). No obstant,

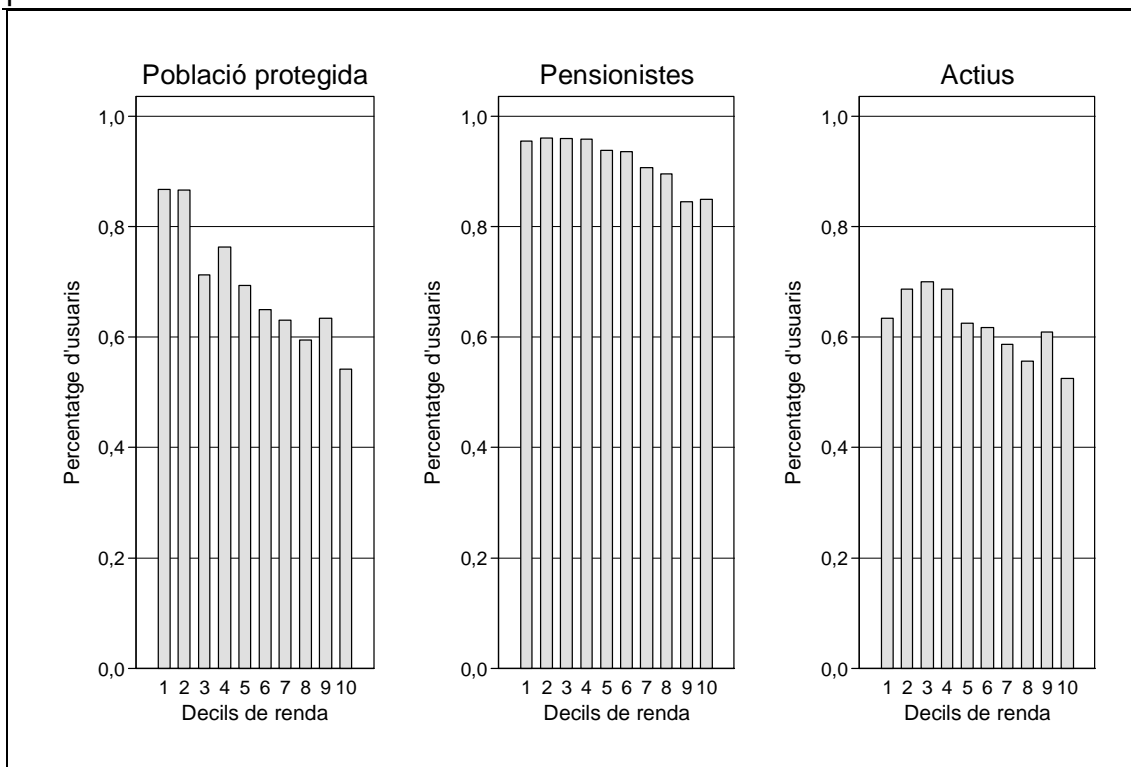
hi ha un 28% dels individus inclosos en aquests dos primers decils de població més pobre que es troben afectats pel copagament farmacèutic. A l'altra extrem de la distribució de la renda, en els dos decils de renda més elevada hi ha un 12 i un 4%, respectivament, d'individus exempts del copagament.

Els Gràfics 9 i 11 mostren la despesa farmacèutica mitjana per persona de cada percentil de renda segons el tipus de cobertura asseguradora (actius i pensionistes), distingint aquesta despesa per persona de tota la població (gràfic 9) i només d'aquells que són usuaris (gràfic 11). La despesa dels pensionistes segons percentil de renda és més elevada pels percentils de renda més baixos i decreixent a mesura que augmenta la renda, si bé s'observa un lleuger augment en el darrer decil de renda. De fet, tal com s'observa en el Gràfic 10, el decreixement de la proporció de pensionistes que fan ús dels medicaments amb cobertura pública a mesura que augmenta la renda pot ser un indicador de millor estat de salut relacionat amb la major disponibilitat de renda, així com de la major propensió a pagar directament de la seva butxaca medicaments prescrits fora del sistema sanitari públic. La despesa dels actius, en canvi, sense mostrar un patró fàcilment identificable a nivell gràfic, varia poc en relació als percentils de renda.

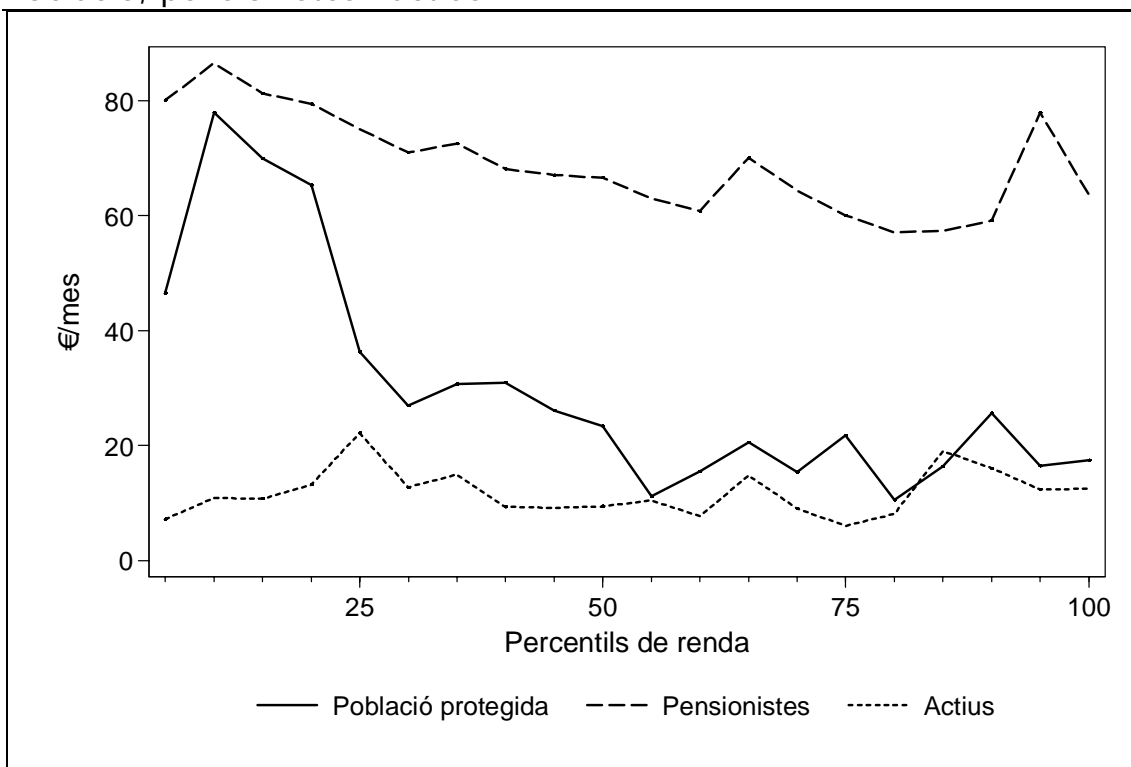
Gràfic 9. Despesa farmacèutica mitjana de cada percentil de renda. Població protegida general i per subgrups: actius i pensionistes.



Gràfic 10. Percentatge d'usuaris de cada decil de renda. Població, pensionistes i actius



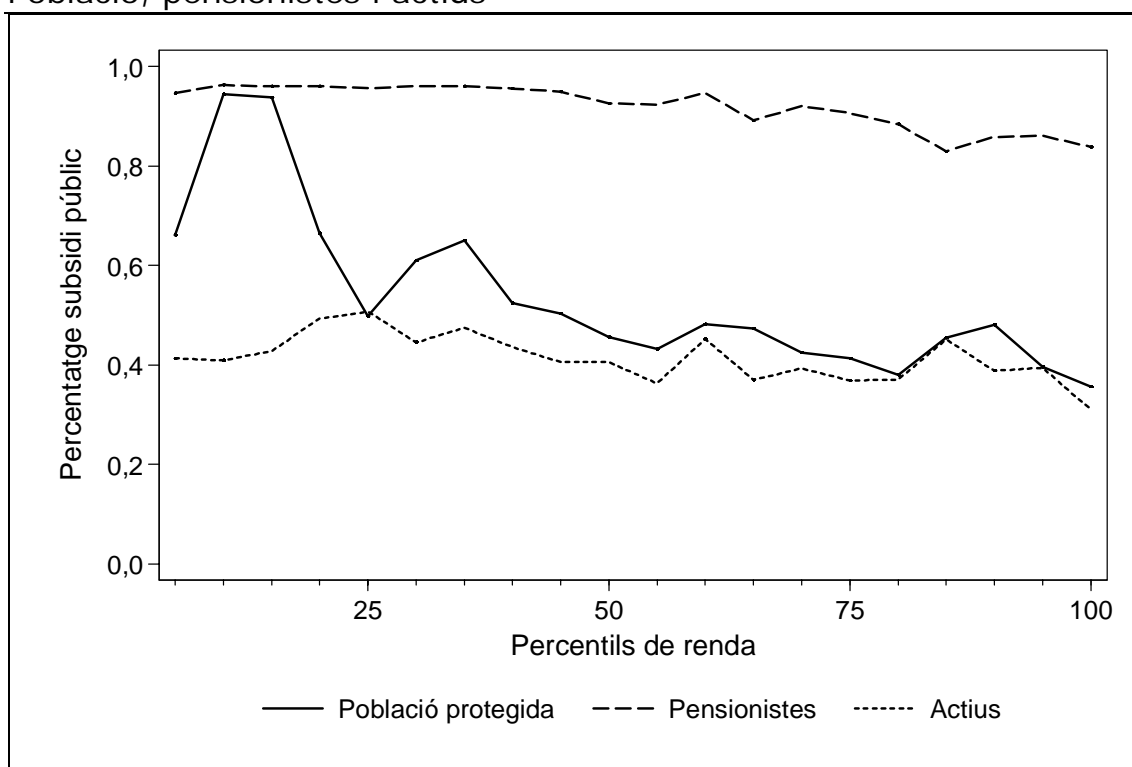
Gràfic 11. Despesa mitjana de cada percentil de renda dels usuaris. Població, pensionistes i actius



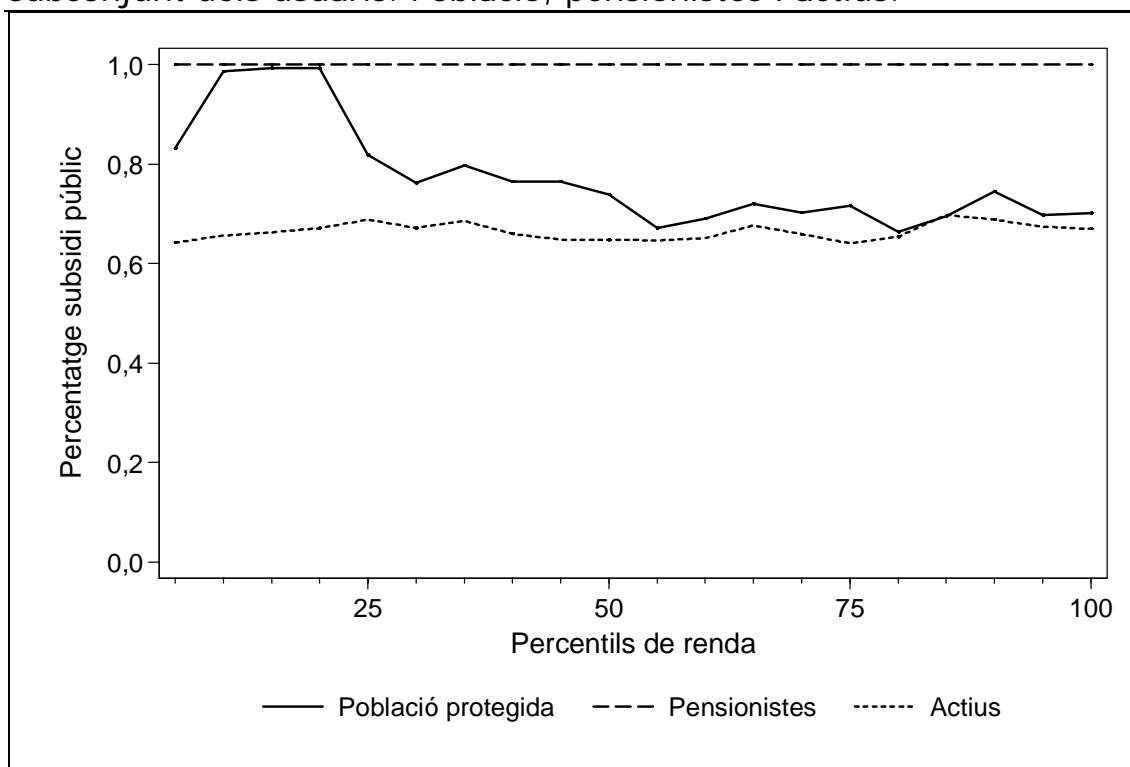
La despesa mitjana per persona de cada percentil de renda, amb independència de la seva condició de pensionista o d'actiu, és notablement més elevada per als dos primers decils de renda, fet que es deriva de la major proporció de pensionistes en els percentils de renda més baixa, així com del possible gradient de l'estat de salut en relació a la renda.

La distribució del subsidi públic per persona segons el percentil de renda segueix un patró derivat del de la distribució de la despesa i de l'exempció del copagament als pensionistes (Gràfics 12 i 13). El percentatge mitjà que representa el subsidi públic sobre la despesa feta pels individus és molt elevat en els dos primers decils de renda (el 72% dels individus es troben exempts de copagament), mentre que després del quart decil de renda es manté gairebé en un nivell uniforme. És a dir, considerant de manera agregada els individus actius i pensionistes, i classificant-los només en funció de la seva renda, la proporció del cost dels seus medicaments que representa el subsidi públic és pràcticament el mateix pels individus del quart decil de renda que pels que es troben en decils més elevats.

Gràfic 12. Percentatge mitjà de subsidi de cada percentil de renda. Població, pensionistes i actius

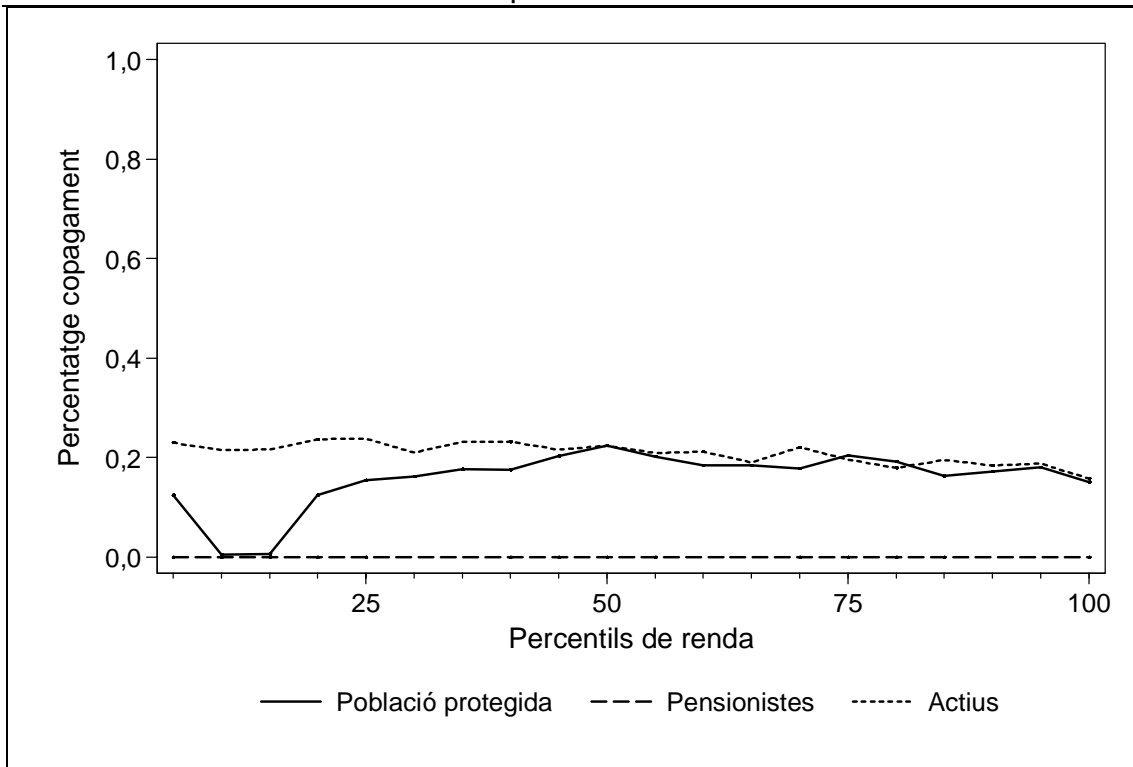


Gràfic 13. Percentatge mitjà de subsidi de cada centil de renda pel subconjunt dels usuaris. Població, pensionistes i actius.

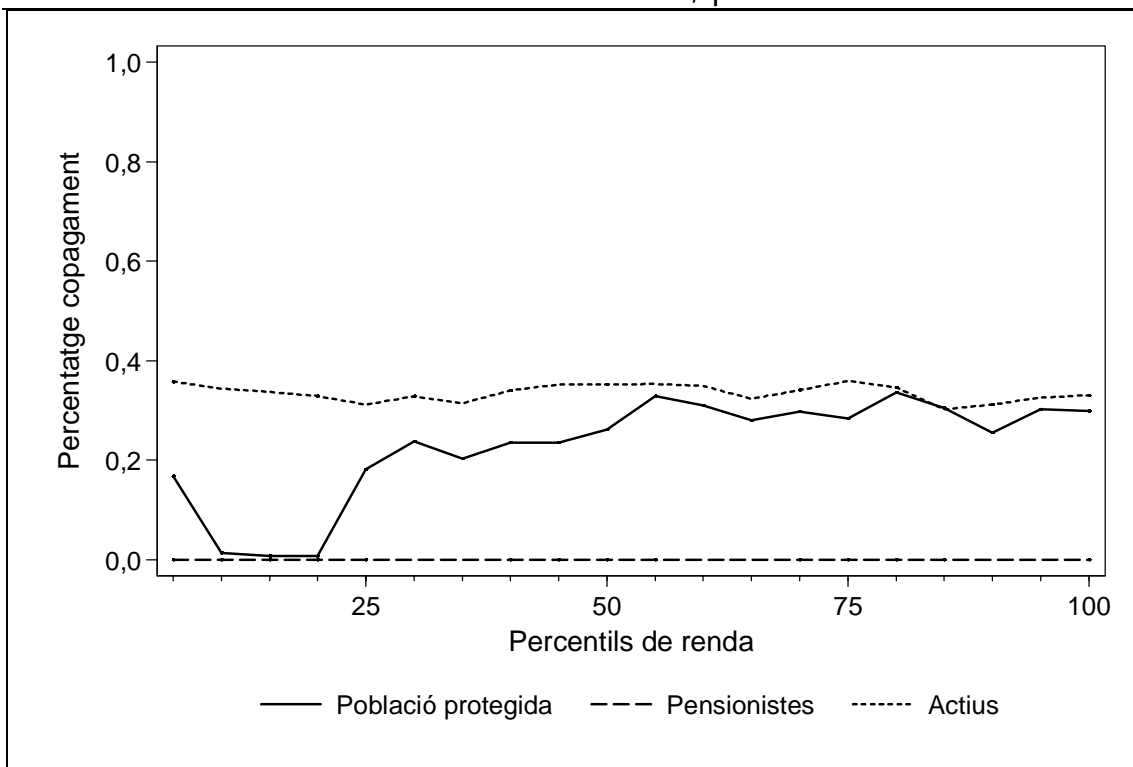


En els gràfics 14 i 15 es pot observar la distribució de les aportacions realitzades pels individus en forma de copagament farmacèutic segons el seu percentil de renda. En ambdós gràfics es posa de relleu el mateix fenomen ja mencionat en el paràgraf anterior en relació al subsidi públic. D'acord amb el disseny normatiu del sistema de copagament, aquest és independent del nivell de renda dels individus: així, el copagament és nul pels pensionistes sigui quina sigui la seva renda, essent també quasi uniforme per a tots els percentils en el cas dels actius. En conseqüència, el percentatge de copagament promig per persona segons la seva renda (amb independència de la seva cobertura asseguradora) és més baix per als dos primers decils de renda i és gairebé uniforme a partir del quart decil de renda.

Gràfic 14. Percentatge mitjà de la despesa farmacèutica copagada per cada centil de renda. Població, pensionistes i actius



Gràfic 15. Percentatge mitjà de la despesa farmacèutica copagada per cada centil de renda dels usuaris. Població, pensionistes i actius



4.3 Corbes i índexs de concentració

En aquesta secció es presenten les corbes de concentració (CC) i els índexs de concentració (IC) per les tres variables principals d'aquest estudi: la despesa farmacèutica, el subsidi públic i el copagament. Per a les tres variables, les mesures de desigualtat han estat calculades tant per a tota la població com per a només la població usuària, així com per a cadascun dels dos grups d'individus segons la seva cobertura asseguradora. Les corbes de concentració es mostren als gràfics 15 a 20, i els índexs de concentració a la taula 7. Les taules 8 i 9 mostren quin percentatge de la despesa farmacèutica, el subsidi públic i el copagament es troba en mans de cada decil de renda de la població, per tota la població coberta (taula 8) i pels col·lectius d'actius i pensionistes separatament (taula 9), mirant en tots els casos també al subgrup d'usuaris.

Taula 7. Índex de concentració de la despesa farmacèutica mensual, el subsidi públic mensual i el copagament mensual. Població protegida i subgrups

		Despesa farmacèutica mensual	Subsidi públic mensual	Copagament mensual
Usuaris i no usuaris	Població protegida	-0,33	-0,38	0,11
	Pensionistes	-0,08	-0,08	-
	Actius	-0,03	-0,02	-0,06
Usuaris	Població protegida	-0,28	-0,31	0,20
	Pensionistes	-0,05	-0,05	-
	Actius	0,01	0,02	-0,02

Taula 8. Percentatge de despesa farmacèutica mensual, subsidi públic mensual i copagament mensual en cada decil de renda

Decils	Usuaris i no usuaris			Usuaris		
	Despesa	Subsidi	Copagament	Despesa	Subsidi	Copagament
1	26,30%	27,69%	2,59%	20,57%	21,64%	2,46%
2	22,63%	23,71%	4,23%	22,36%	23,64%	0,49%
3	9,67%	9,80%	7,36%	10,49%	10,69%	7,06%
4	10,58%	10,08%	19,06%	10,14%	9,83%	15,43%
5	5,07%	4,60%	13,14%	8,22%	7,87%	14,24%

6	5,37%	5,00%	11,72%	4,38%	3,90%	12,61%
7	5,81%	5,56%	10,18%	5,96%	5,73%	9,75%
8	3,13%	2,91%	6,78%	5,26%	4,94%	10,71%
9	7,24%	6,80%	14,73%	7,00%	6,59%	13,90%
10	4,19%	3,84%	10,21%	5,63%	5,18%	13,33%

Taula 9. Percentatge de despesa farmacèutica mensual, subsidi públic mensual i copagament mensual en cada decil de renda. Pensionistes i actius

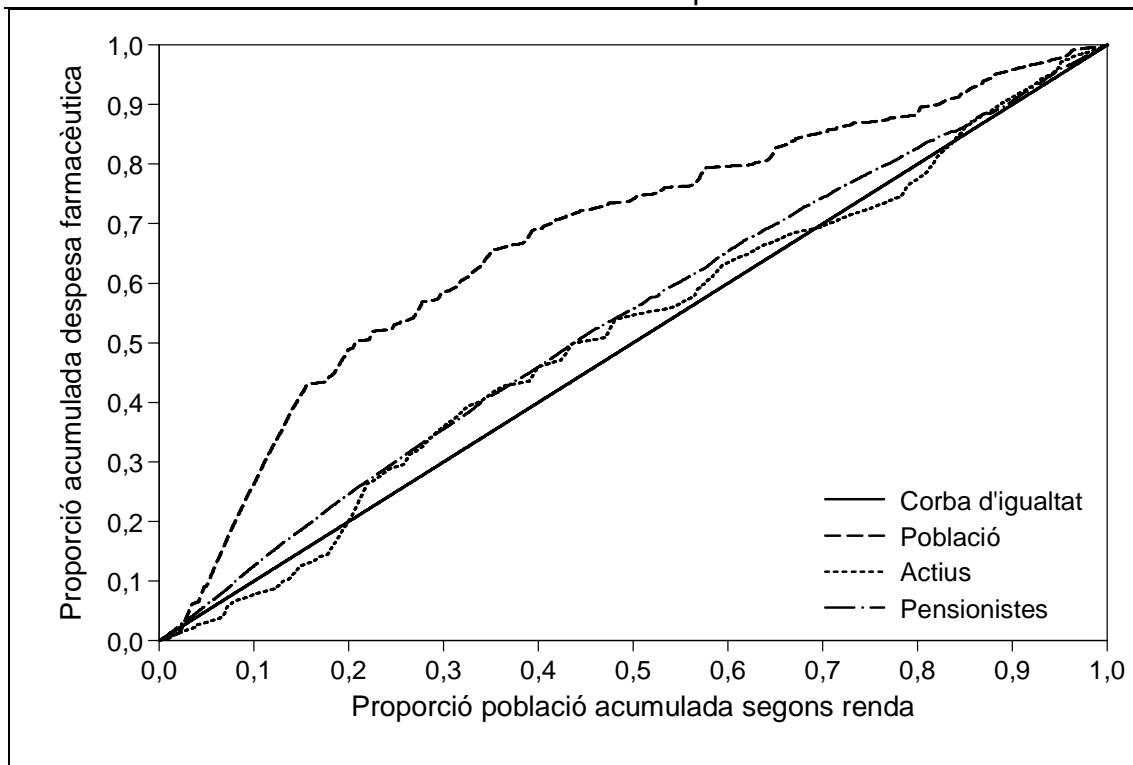
Decils	Pensionistes		Actius					
	Despesa i subsidi		Usuaris i no usuaris			Usuaris		
	Usuaris i No Usuaris	Usuaris	Despesa	Subsidi	Copagament	Despesa	Subsidi	Copagament
1	12,50%	12,05%	7,75%	7,63%	8,19%	7,65%	7,53%	8,11%
2	12,10%	11,65%	12,36%	12,32%	12,52%	10,17%	10,19%	10,12%
3	10,96%	10,56%	15,82%	15,59%	16,68%	14,77%	14,50%	15,78%
4	10,36%	10,15%	10,03%	10,00%	10,14%	10,31%	10,43%	9,85%
5	9,82%	9,74%	8,68%	8,33%	10,01%	7,84%	7,49%	9,16%
6	9,67%	8,90%	8,84%	8,83%	8,88%	7,79%	7,62%	8,45%
7	8,97%	9,77%	6,07%	6,12%	5,86%	10,03%	10,16%	9,56%
8	8,31%	8,35%	8,05%	8,35%	6,94%	6,02%	6,21%	5,27%
9	7,91%	8,60%	13,71%	13,89%	13,05%	14,86%	14,99%	14,39%
10	9,39%	10,22%	8,69%	8,95%	7,72%	10,54%	10,87%	9,32%

Els Gràfics 16 i 17 mostren les corbes de concentració de la despesa farmacèutica total a preus de venda al públic tant per a tota la població com per als usuaris efectius de medicaments, tot distingint els individus segons la seva cobertura asseguradora (actius i pensionistes). La recta de 45 graus indica el que correspondria a una distribució igualitària de la despesa: és a dir, seria aquella situació en la qual el primer decil de renda gastaria el 10% de la despesa total, el segons decil de renda el 20% i així successivament. En realitat, sense distingir segons la cobertura asseguradora dels usuaris, el 20% d'usuaris més pobres realitza el 42,9% de tota la despesa, mentre que el 20% de més renda realitza només el 12,6% de la despesa (Taula 8).

La posició de la corba de concentració de la despesa per al conjunt dels usuaris (Gràfic 17) per sobre de la diagonal indica de manera

clara que aquesta despesa es concentra de manera més que proporcional en els decils de menys renda, la qual cosa respon principalment, sense excloure d'altres factors, a una major necessitat d'atenció. Resulta destacable observar que la corba de concentració de la despesa dels usuaris pensionistes es troba també sempre per sobre de la diagonal, indicant una distribució més que proporcional cap als individus de renda més baixa, però que, en canvi, la distribució de la despesa dels usuaris actius (Gràfic 17) és molt més propera a la diagonal amb lleugeres oscil·lacions al voltant d'aquesta, la qual cosa indica una posició més propera a la igualtat. Fins i tot, en el cas dels dos decils d'usuaris actius més pobres, s'observa que la proporció de la despesa que acumulen és inferior al 20%, si bé, com ja s'ha esmentat en la secció de mètode, això només indica una distribució desigual de la despesa, sense poder-se fer cap judici d'equitat ja que no s'ha fet cap ajust per necessitat.

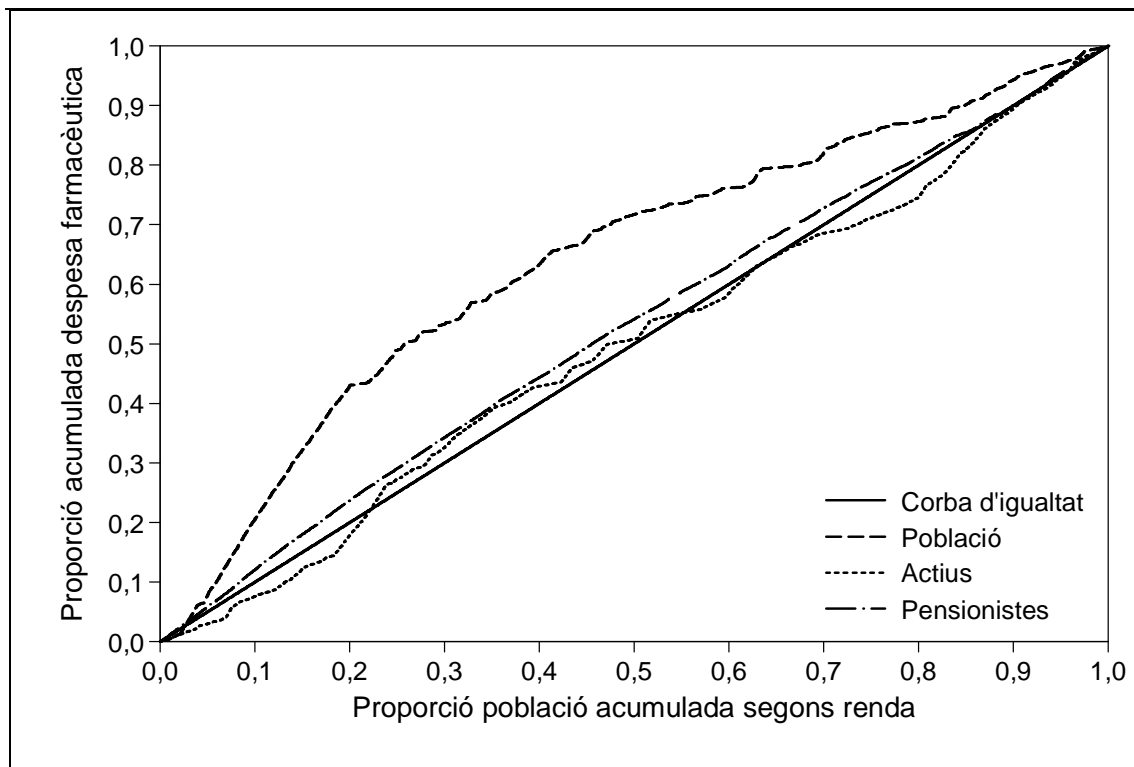
Gràfic 16. Corba de concentració de la despesa farmacèutica total



Si mirem els índexs de concentració arribem a les mateixes conclusions, i a més podem discernir la direcció de l'efecte en els actius, pels quals la corba de concentració creua la línia de 45° diverses vegades i, per tant, resulta més difícil arribar gràficament a una conclusió. La distribució de la despesa és clarament pro-pobres quan analitzem el conjunt de la població (IC=-0,33, o IC=-0,28 quan només es consideren usuaris) donat que el major percentatge de la despesa el realitzen els pensionistes, que majoritàriament es situen en els decils inferiors. D'altra banda, s'observa que la distribució de

la despesa entre els actius és lleugerament pro-pobres (IC=-0,03) pel conjunt de la població, però lleugerament pro-rics pel col·lectiu d'usuaris actius (IC=0,01)

Gràfic 17. Corba de concentració de la despesa farmacèutica total entre usuaris

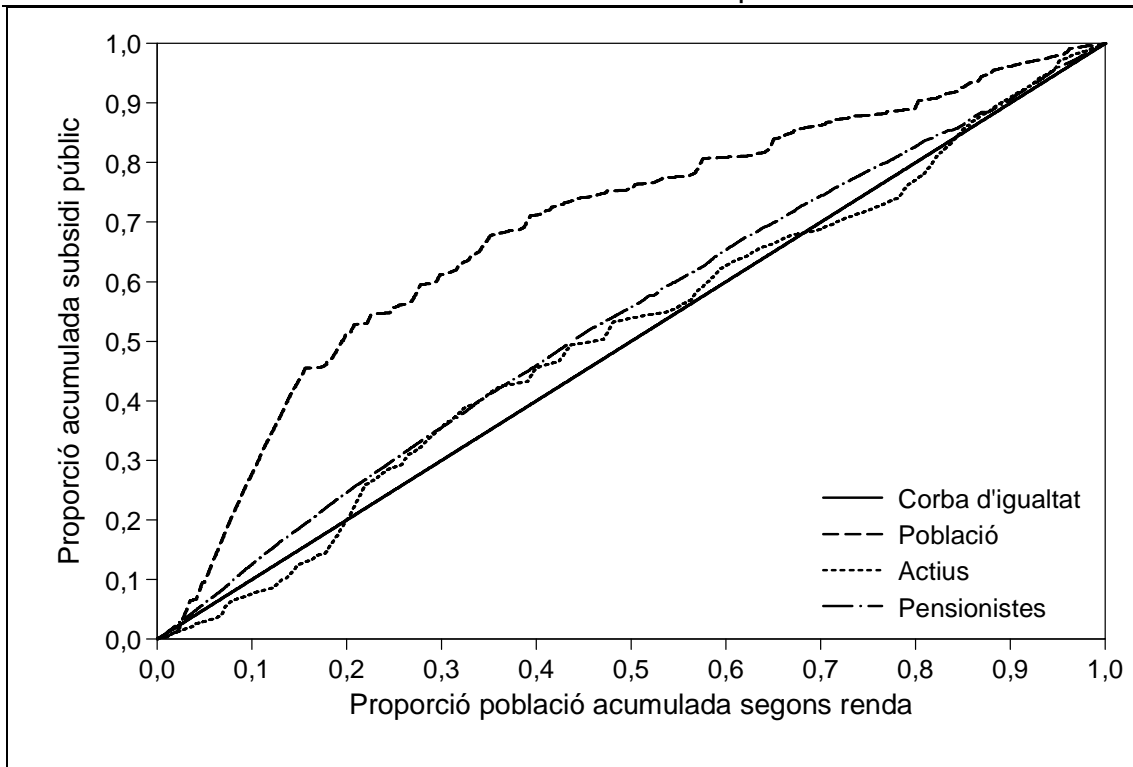


Els Gràfics 18 i 19 mostren també les corbes de concentració per al subsidi públic destinat al finançament dels medicaments dispensats a cada individu segons el seu percentil de renda. El patró de comportament del subsidi és molt semblant al ja descrit per a la despesa farmacèutica total: la corba de concentració es troba per sobre de la diagonal per al subsidi mitjà per usuari (amb independència de la seva cobertura asseguradora) i per als usuaris pensionistes, la qual cosa és un indicador de distribució del subsidi pro-pobres, si bé, resulta raonable suposar que aquesta desigualtat es reduiria de manera notable mitjançant un ajust per necessitat atès el major nivell de necessitat dels individus de menor renda, tal com han mostrat estudis previs realitzats a la població catalana^{18,19}.

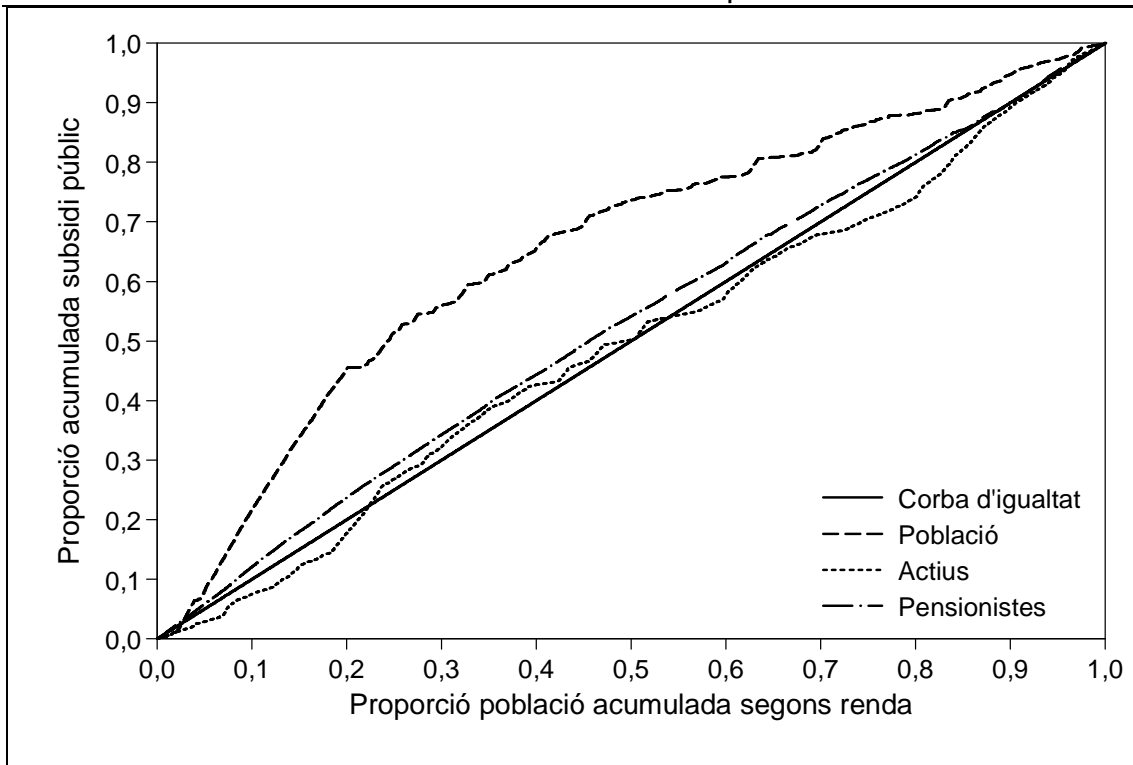
¹⁸ Borrell i Benach, editors (2003) Les desigualtats socials a Catalunya. Barcelona: Editorial Mediterrànea.

¹⁹ García Gómez i López Nicolás (2005). Socio-economic inequalities in health in Catalonia. *Hacienda Pública Española. Revista de Economía Pública*, 175(4): 103-121

Gràfic 18. Corba de concentració del subsidi públic



Gràfic 19. Corba de concentració del subsidi públic entre usuaris

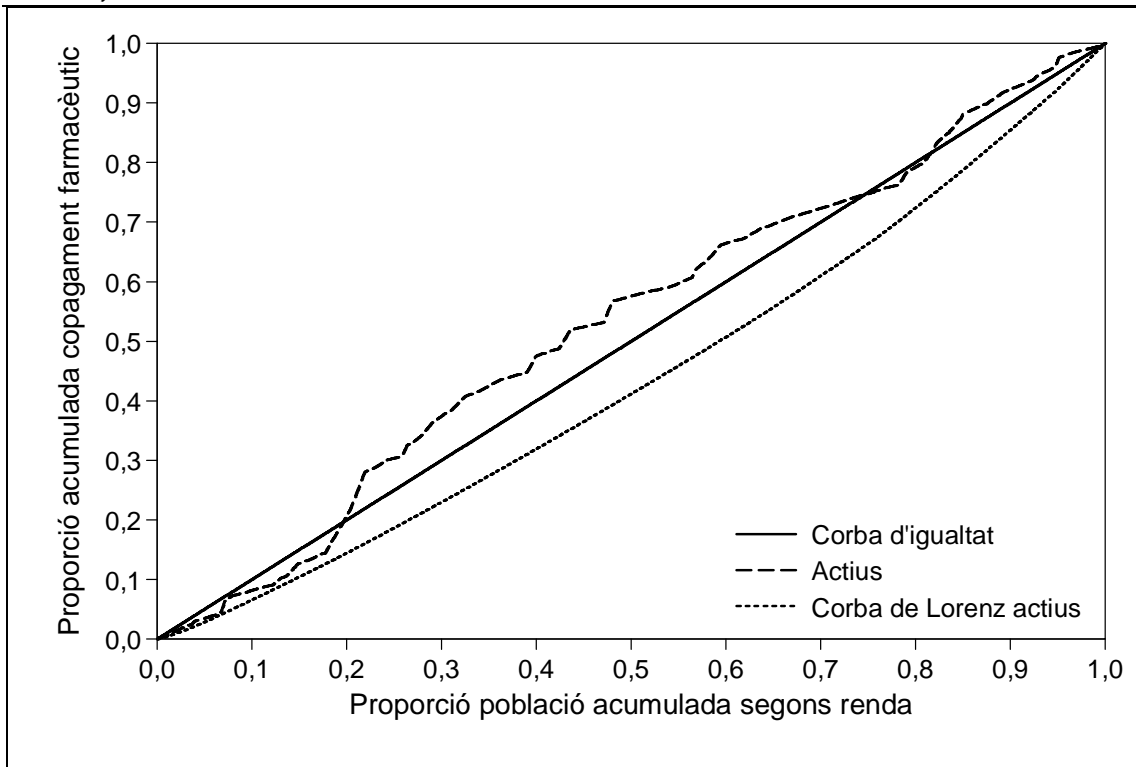


D'altra banda, el subsidi destinat als usuaris actius mostra una certa oscil·lació al voltant de la diagonal, donant també indicis de proporcionalitat en el millor dels casos, però rebent els dos decils més pobres una proporció de subsidi inferior al seu pes poblacional, desigualtat que es podria exacerbar en termes d'equitat amb l'existència de desigualtat pro-rics en l'estat de salut. De l'anàlisi dels índexos de concentració, se n'extreuen les mateixes conclusions que en el cas de la despesa: i) clarament pro-pobres per tota la població (IC=-0,38 i IC=-0,31 als usuaris); ii) pro-pobres pels pensionistes; iii) lleugerament pro-pobres pels actius en el seu conjunt (IC=-0,02), però pro-rics pels actius usuaris (IC=0,02). Aquesta darrera dada apunta a un subsidi inequitatiu si la necessitat es troba concentrada en els individus més pobres.

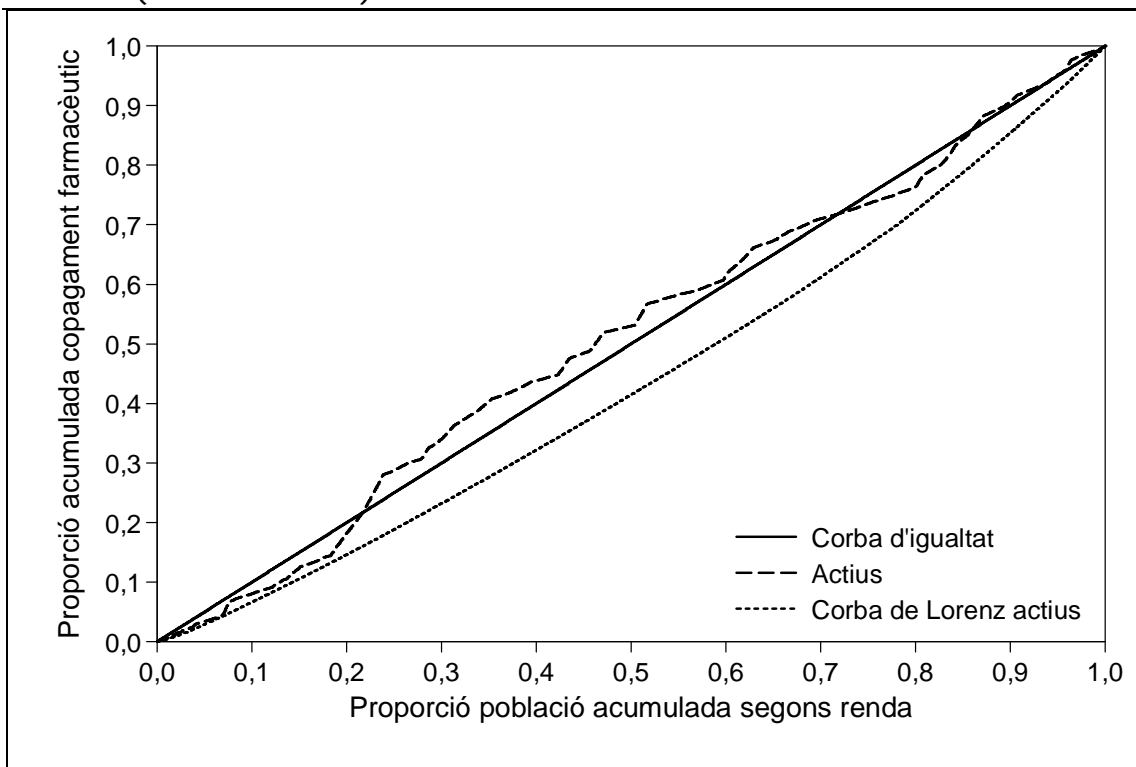
Els Gràfics 20 i 21 mostren les corbes de concentració del copagament aportat pels usuaris actius de medicaments sota cobertura pública. En aquest cas, i tal com succeïa amb la despesa i el subsidi, trobem que la proporció que aporta cada decil de renda del total del copagament és força uniforme al llarg de la distribució de renda ja que la CC es troba propera a la distribució igualitària, i els índexs de concentració, tot i que són lleugerament pro-pobres, estan propers a zero (IC=-0,06 per tots els actius i IC=-0,02 pels actius usuaris).

No obstant, per tal de fer judicis sobre la progressivitat/regressivitat dels copagaments cal comparar la proporció aportada acumulada de cada decil amb la proporció que representa la seva renda acumulada, és a dir, si la CC dels copagaments es situa per sobre o per sota de la CC de la renda, l'anomenada corba de Lorenz. Quan la CC del copagament es troba per sobre de la corba de Lorenz, això indica que els decils de renda més pobres aporten un percentatge del copagament total que és superior al seu percentatge de renda, i per tant, aquest mecanisme de finançament resulta regressiu. Els gràfics 20 i 21 a més de mostrar les corbes de concentració del copagament, també mostren la corba de Lorenz de les poblacions d'interès (tots els actius i actius usuaris). En tots dos casos es pot apreciar que la corba de concentració dels copagaments queda clarament per sobre de la corba de Lorenz, de manera que el percentatge de copagament acumulat que suporten els decils més pobres és superior al seu percentatge acumulat de renda i, per tant, podem afirmar que el copagament és regressiu.

Gràfic 20. Corba de concentració del copagament farmacèutic (només actius)



Gràfic 21. Corba de concentració del copagament farmacèutic entre usuaris (només actius)



5. Conclusions

L'objectiu principal d'aquest informe ha consistit en avaluar l'impacte sobre la distribució de la renda de la política de copagament farmacèutic actual que comporta una aportació dels usuaris actius basada en el preu de venda al públic dels medicaments.

Les principals conclusions que s'han presentat en aquest estudi són les següents:

1. La despesa farmacèutica presenta una major concentració en un nombre reduït d'individus entre els usuaris actius que entre els pensionistes.
2. La meitat del copagament l'aporta el 5% dels usuaris actius.
3. El subsidi públic als medicaments del pensionistes és pro-pobre, però en canvi el subsidi als actius és lleugerament pro-ric.
4. El copagament es distribueix de manera notablement regressiva entre els usuaris actius, de manera que suposa un esforç en relació a la renda més elevat per als decils de renda més baixa.

La participació del pacient en el cost dels medicaments hauria de tenir com a objectiu principal el fet d'afavorir la consciència de cost en el pacient (i en el prescriptor) sense penalitzar la igualtat d'accés a un tractament efectiu per una mateixa necessitat, ni empitjorar els complimentes de tractaments efectius i necessaris, ni produir efectes negatius sobre l'estat de salut dels individus.

Al marge dels dubtes que hi pugui haver sobre l'eficiència del sistema de copagaments farmacèutics vigent al nostre país, els resultats del present estudi indiquen que l'exempció dels individus exclusivament en funció de la seva condició de pensionista, i l'aplicació d'un copagament d'alta intensitat als actius, resulten en una elevada concentració del mateix en un nombre reduït d'individus. Més enllà de la discussió sobre el nivell adequat de copagament, l'evidència empírica presentada indica que existeixen formes alternatives de distribució del copagament entre els individus (per exemple, una combinació de copagaments de baixa intensitat, de quantia fixa i límits màxim a l'aportació, amb copagaments evitables relacionats amb l'efectivitat del tractament), amb neutralitat pressupostària (mateixa aportació global), que podrien ser bastant més progressives que el sistema actual preservat des de fa dècades.

AGRAÏMENTS

Volem agrair al Sr David Magem, de la Direcció General de Farmàcia del CatSalut, la seva col·laboració en la preparació de les dades de consum farmacèutic. També agraïm al Sr Alfons Cantero i al Sr Xavier Matey, de l'Àrea de Serveis i Qualitat del CatSalut, la seva col·laboració en la preparació de la mostra d'assegurats a partir del Registre Central d'Assegurats.