

«Non sciupate le potenzialità del copayment sui medicinali»

Totally free zone, freno ideologico

L'incidenza all'11% in linea con l'Ocse

Nel periodo 1990-2003, l'Italia è l'unico Paese per il quale la spesa pubblica in percentuale del Pil decresce in controtendenza rispetto alla privata e l'aumento della privata (0,3 punti percentuali) è superiore al dato corrispondente di Francia (0,1), Germania (0,1), Spagna (0,0), Regno Unito (0,1) e della media Ue-15 (0,05); soltanto gli Usa (con un sistema notoriamente diverso) mostrano un dato superiore (0,5).

Una spesa pubblica in arretramento, una privata in aumento: come si concilia questo raffronto con l'aspirazione universalistica del Ssn? La spiegazione risiede nel bilanciamento tra fascia rimborsata e schema di compartecipazione per garantire la sostenibilità finanziaria del sistema pubblico.

Rimborsabilità e copayment nell'Ocse. Mentre in Italia i farmaci di fascia «A» sono quasi completamente gratuiti, nei Paesi Ocse l'applicazione del copayment è diffusa e prende spesso la forma di percentuale del prezzo; in molti casi, esiste una vera e propria progressione di percentuali di compartecipazione a seconda della tipolo-

gia di farmaco, con eccezioni per particolari categorie di pazienti-acquirenti (cfr. «Towards high performing health systems», Ocse, 2004).

Alla differente applicazione del copayment si accompagna un diverso perimetro di rimborsabilità. I Paesi che ricorrono al copayment riescono a offrire la rimborsabilità di un maggior numero di farmaci. Tra i più direttamente comparabili con l'Italia, Francia, Germania, Spagna, Svezia e - in misura minore -

Grecia, hanno optato per la rimborsabilità di tutto il parco prodotti in commercio - con e senza ricetta - su uno schema generalizzato di compartecipazione.

L'Italia, che non fa uso del copayment, è il Paese in cui si presenta più netta la «dicotomia» tra i farmaci totalmente gratuiti e farmaci totalmente a carico del cittadino. Le best practice internazionali segnalano una preferenza del legislatore-regolatore verso una responsabilizzazione individuale ad ampio spettro nei confronti di tutti i prodotti in commercio, come strumento per incentivare l'appropriatezza del consumo.

allocare efficientemente le risorse e creare compatibilità finanziarie per la rimborsabilità del maggior numero possibile di farmaci.

In Italia, invece, sembra che l'obiettivo nominalistico di avere una «totally free zone», da contrapporre ideologicamente ai farmaci a carico del privato, sia preferito a obiettivi sostanziali in termini di numerosità e varietà dei prodotti mutuati dal Ssn.

Le tendenze di spesa più recenti. Il contrasto tra le aspirazioni universalistiche del Ssn (completa gratuità per tutti) da un lato e l'adeguatezza dei farmaci rimborsati dall'altro è destinato a continuare in futuro, anche in forme più aspre.

Infatti, la stabilizzazione della spesa farmaceutica pubblica sul Pil degli ultimi anni (addirittura -0,06 per cento tra il 2002 e il 2005 per la convenzionata; cfr. «Relazione Generale Situazione Economica Paese 2005») è il risultato dei ripetuti abbattimenti dei prezzi e delle revisioni

del Prontuario farmaceutico nazionale con cui sono stati frantumati gli sfondamenti dei tetti imposti alla spesa di settore.

Al di sotto di questa calma apparente, la crescita dei consumi in quantità è stata sostenuta: tra il 2000 e il 2005, + 39% in termini di Ddd/1000 ab die, + 36,3% in termini di ricette (cfr. «Rapporto Osmmed 2005»).

È dunque quanto mai urgente riaprire il dibattito sull'introduzione di strumenti di responsabilizzazione individuale, come il copayment.

La dinamica delle quantità, infatti, mina direttamente le prospettive di sostenibilità finanziaria del sistema farmaceutico pubblico; mentre sia la revisione del Prontuario (con precipue finalità contenitive della spesa) sia l'abbattimento dei prezzi possono essere efficaci solo come tampone e hanno inoltre il controeffetto di impoverire a lungo andare

il numero e la varietà dei farmaci rimborsati, spostando il consumo in fascia «C».

Ipotesi di un copayment percentuale uniforme in Italia. Se si calcola il copayment percentuale che, applicato alla spesa farmaceutica lorda Iva esclusa, avrebbe permesso di assorbire lo sfondamento annuale del 2004 e del 2005, emergono aspetti interessanti, soprattutto in una prospettiva di comparazione internazionale. I valori devono essere analizzati tenendo presente che il calcolo avviene in equilibrio parziale, cioè senza tener conto delle modifiche che il copayment percentuale genererebbe

sulle scelte individuali, in termini sia di maggior controllo dell'appropriatezza e dell'efficacia dei consumi sia di scelta dei prodotti equivalenti più economici (con effetti pro concorrenziali anche sull'offerta).

Devono essere analizzati an-

che nella loro natura di valori medi, sui quali il policy maker potrebbe intervenire con gradazioni, abbattimenti ed esenzioni per salvaguardare gli obiettivi dell'equità e dell'adeguatezza.

La percentuale del copayment riequilibrante deve, quindi, intendersi come una sovrastima di quella che effettivamente sarebbe stato necessario adottare per stabi-

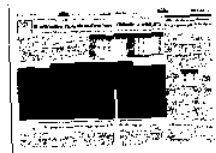
lizzare la spesa (i.e. per rispettare il Patto di stabilità): un valore compreso tra l'8,5 e l'11 per cento, che le scelte politiche avrebbero potuto modulare a seconda delle condizioni economico-sanitarie soggettive e della tipologia di prodotto (il rinnovato ruolo dell'Aifa, in luogo della contabilità dei tagli dei prezzi dei farmaci?).

Tale valore sarebbe stato, inoltre, allineato ai livelli con cui il copayment percentuale trova applicazione nei Paesi Ocse e avrebbe rappresentato, quindi, una soluzione di policy sulla quale si poteva e si potrebbe cercare convergenza tra Stato e Regioni.

Conclusioni. In conclusione, gli schemi di responsabilizzazione individuale, bilanciati con esenzioni e abbattimenti, rappresentano leve di politica economica importanti per il governo del sistema farmaceutico, bilanciando sostenibilità finanziaria, adeguatezza ed equità.

Si può dire che l'Italia è ferma a una concezione di universalismo che appare «antica», incapace di giudizi di priorità di tipo economico e sanitario e, quindi, incapace di confrontarsi con il continuo aumento della doman-

da con l'invecchiamento della popolazione e con le prospettive che la scienza e la tecnologia continuano a aprirci a livello di dia-



gnostica, terapia e prodotti.

Di fronte a queste sfide/opportunità sarà sempre più necessario coordinare spesa e possibilità di spesa, concordando - all'interno della spesa - gli ordini di priorità. La compartecipazione al costo, graduata in base alle caratteristiche economiche e sanitarie ed eventualmente articolata per gruppi di prestazioni/prodotti, è uno strumento adatto a introdurre quei principi selettivi non discriminatori necessari a questo scopo. Non sarebbe la fine del-

l'universalismo e delle conquiste welfariste del Novecento; è la loro riproposizione e il loro consolidamento per gli anni avvenire. Un rinnovato universalismo, che non si mascheri dietro la presenza di una fascia di farmaci a totale gratuità, ma sia in grado di considerare gli equilibri economico-sociali complessivi.

Fabio Pammolli
Nicola C. Salerno
*Cerm (Competitività,
regolazione e mercato)*

Farmaceutica: incidenza sul Pil a confronto

Paese	2004	2005
Francia	+0,5	0,10
Germania	+0,3	0,10
Italia	-0,2	0,30
Spagna ⁽¹⁾	+0,3	0,00
UK ⁽²⁾	+0,2	0,10
Usa	+0,3	-0,50
Ue 15 ⁽³⁾	+0,2	0,05

(1) Periodo 1995-2003; (2) periodo 1990-1997 e dati ricostruiti per differenza tra spesa totale e spesa pubblica; (3) il dove mancanti, dati ricostruiti per differenza tra spesa totale e spesa pubblica.

Fonte: Oecd, Health Data 2005 (release di ottobre)

Effetto riequilibrante del copayment sulla

Anni	Spesa farmaceutica lorda ⁽¹⁾	Spesa farmaceutica lorda, Iva esclusa	Quota del costo a carico del paziente (parto di stabilità Iva esclusa) ⁽²⁾	farmaceutica Ssn (mln)
2004 (farmaceutica)	13.493	12.266	1.219	10,0
2005 (territoriale)	13.408	12.189	1.029	8,5
2005 (territ. osp.)	16.054	14.594	1.610	11,0

(1) Al lordo di ticket regionali, ticket sui genericabili (reference pricing) carico della farmacia; (2) ammontare netto (sfondamento che deve compensazione).

N.B.: nella media dei Paesi Oecd.

Fonte: elaborazioni del Cerm su dati Osmad e Alfa (2006)

e sconto obbligatorio a effettivamente trovare