



CERGAS

Osservatorio Farmaci

REPORT N° 7

(EXECUTIVE SUMMARY)

Aprile 2001

Osservatorio Farmaci

Report N° 7 - Executive Summary

Nel presente documento vengono illustrati i principali risultati contenuti nel Report n° 7 dell'Osservatorio Farmaci, senza riportare analiticamente le fonti dei dati ed i criteri di elaborazione degli stessi, relativamente ai quali si rimanda alla Sezione Introduttiva del Report. Si sottolinea comunque che, a seguito del riallineamento dei dati Ims (mercato complessivo, composizione del mercato per classi di dispensazione – farmaci con e senza obbligo di ricetta – e rimborsabilità – classi A, B, C), le serie storiche sono state “corrette” a partire dal 1997 (e non sono quindi per il periodo '97-'99 del tutto coerenti con i precedenti Report). Si ricorda, infine, che la reportistica dell'Osservatorio Farmaci si riferisce all'assistenza farmaceutica (a carico del SSN e del cittadino) erogata tramite le farmacie territoriali (escludendo quindi gli acquisti diretti da parte delle aziende sanitarie, rappresentati per la maggior parte dalla spesa farmaceutica ospedaliera).

Il Report 7, primo report prodotto nel 2001 dall'Osservatorio Farmaci, illustra i dati di spesa farmaceutica pubblica e privata relativi al 2000 a livello nazionale (Sezioni 3, 4, 5) e regionale (Sezione 6) contestualizzati nel più ampio ambito macro-economico e macro-sanitario, nazionale (Sezione 2) ed internazionale (Sezione 1), e le previsioni sulla spesa farmaceutica per il 2001 (Sezione 7).

I consuntivi nazionali

Il 2000 (Tabella 1) si è chiuso con un aumento della spesa farmaceutica totale pari al 9,3%, di poco superiore a quello fatto registrare nel 1999 (+8,7%). Decisamente più consistente è stato l'incremento della spesa farmaceutica a carico del SSN (+15,2%), rispetto sia al '98 (+9%) che al '99 (+ 11,5%), ma inferiore ai dati tendenziali relativi al primo semestre (+17,6% - cfr. Report 6).

L'azione combinata del trend di spesa complessiva e pubblica ha portato ad un notevole incremento della copertura pubblica della spesa farmaceutica (dal 54,5% nel 1999 al 57,4% nel 2000). Il maggiore incremento della spesa a carico del SSN rispetto alla spesa privata (aumentata del solo 2,3%) è essenzialmente motivato:

- dalla presenza per l'intero anno di farmaci riammessi alla rimborsabilità (con Nota CUF) nel maggio '99 (e che, quindi, nel '99 figuravano in parte come farmaci etici non rimborsabili dal SSN - antidepressivi, osteoporotici e per il glaucoma);
- da un effetto mix (spostamento del mix prescrittivo verso farmaci più costosi) che, in termini lordi (inclusendo cioè il mercato relativo ai nuovi farmaci introdotti sul mercato nel corso dell'anno) è stato pari al 7% per l'intero mercato (contro una media del 4,4% degli ultimi quattro anni), ed in termini netti (con riferimento cioè ai prodotti già presenti sul mercato nel 2000) è stato pari al 3,9% (contro l'1,8% medio degli ultimi anni) (cfr. Sezione Terza).

Tra le componenti della spesa privata, l'acquisto privato di prodotti rimborsabili (farmaci rimborsabili prescritti non su ricettario SSN, acquistati senza ricetta o con ricetta non rimborsabile secondo le note Cuf) mostra un incremento del 3,5%. Più modesto (secondo il nuovo campione Ims) è stato l'incremento della spesa per farmaci non rimborsabili dal SSN, per l'effetto combinato:

- della contrazione del tasso di crescita della spesa per farmaci etici in classe C (in parte motivata dalla riammissione alla rimborsabilità di farmaci nel corso del '99 – cfr. supra);
- del nuovo rallentamento della crescita della spesa per farmaci non soggetti ad obbligo di prescrizione, rendendo ancora più decisa la graduale riduzione della quota di mercato

rappresentata da tali prodotti (passati dal 15,5% della spesa farmaceutica complessiva nel 1997 al 13,4% nel 2000).

Tabella 1
Il trend storico ('97/'00) della spesa per farmaci dispensati dalle farmacie territoriali

| Valori assoluti (m.di lire) | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|---|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Farmaci rimborsabili (1+2) o (3+4+5) | 14.811,9 | 16.086,4 | 18.004,1 | 20.399,4 |
| - Classe A (1) | 13.434,3 | 14.629,0 | 16.531,0 | 18.843,4 |
| - Classe B (2) | 1.377,6 | 1.457,4 | 1.473,1 | 1.556,0 |
| - SSN (3) | 12.105,9 | 13.199,4 | 14.714,1 | 16.952,9 |
| - Compartecipazione alla spesa (4) | 1.460,1 | 1.558,7 | 1.585,1 | 1.682,5 |
| - Acquisto privato (5) | 1.245,9 | 1.328,3 | 1.704,9 | 1.763,9 |
| Farmaci non rimborsabili | 8.558,9 | 8.776,3 | 9.011,7 | 9.140,5 |
| Con obbligo di prescrizione (etici) | 4.935,5 | 5.135,7 | 5.174,8 | 5.191,7 |
| Senza obbligo di prescrizione | 3.623,4 | 3.640,6 | 3.836,9 | 3.948,8 |
| Totale mercato | 23.370,8 | 24.862,8 | 27.015,8 | 29.539,9 |
| Con obbligo di prescrizione | 19.747,4 | 21.222,2 | 23.178,9 | 25.591,1 |
| Senza obbligo di prescrizione | 3.623,4 | 3.640,6 | 3.836,9 | 3.948,8 |
| Variazione % | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
| Farmaci rimborsabili (1+2) o (3+4+5) | - | 8,6% | 11,9% | 13,3% |
| - Classe A (1) | - | 8,9% | 13,0% | 14,0% |
| - Classe B (2) | - | 5,8% | 1,1% | 5,6% |
| - SSN (3) | - | 9,0% | 11,5% | 15,2% |
| - Compartecipazione alla spesa (4) | - | 6,8% | 1,7% | 6,1% |
| - Acquisto privato (5) | - | 6,6% | 28,4% | 3,5% |
| Farmaci non rimborsabili | - | 2,5% | 2,7% | 1,4% |
| Con obbligo di prescrizione (etici) | - | 4,1% | 0,8% | 0,3% |
| Senza obbligo di prescrizione | - | 0,5% | 5,4% | 2,9% |
| Totale mercato | - | 6,4% | 8,7% | 9,3% |
| Con obbligo di prescrizione | - | 7,5% | 9,2% | 10,4% |
| Senza obbligo di prescrizione | - | 0,5% | 5,4% | 2,9% |
| Composizione % | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
| Farmaci rimborsabili (1+2) o (3+4+5) | 63,4% | 64,7% | 66,6% | 69,1% |
| - Classe A (1) | 57,5% | 58,8% | 61,2% | 63,8% |
| - Classe B (2) | 5,9% | 5,9% | 5,5% | 5,3% |
| - SSN (3) | 51,8% | 53,1% | 54,5% | 57,4% |
| - Compartecipazione alla spesa (4) | 6,2% | 6,3% | 5,9% | 5,7% |
| - Acquisto privato (5) | 5,3% | 5,3% | 6,3% | 6,0% |
| Farmaci non rimborsabili | 36,6% | 35,3% | 33,4% | 30,9% |
| Con obbligo di prescrizione (etici) | 21,1% | 20,7% | 19,2% | 17,6% |
| Senza obbligo di prescrizione | 15,5% | 14,6% | 14,2% | 13,4% |
| Totale mercato | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| Con obbligo di prescrizione | 84,5% | 85,4% | 85,8% | 86,6% |
| Senza obbligo di prescrizione | 15,5% | 14,6% | 14,2% | 13,4% |

Il 2000 segna, secondo i nuovi dati Ims, un rallentamento della ripresa dei consumi, registrata nel 1999: l'aumento del numero complessivo di confezioni è stato pari allo 0,4%, contro l'1,7% del 1999. L'andamento tendenziale complessivo risulta dalla combinazione:

- di un aumento delle confezioni per farmaci rimborsabili (+3,8%), più consistente per il mercato effettivamente rimborsato dal SSN (+4,7%), che ha visto un incremento ancora maggiore del numero di ricette (+7%) (cfr. Sezione Quarta);
- di una diminuzione delle confezioni per farmaci non rimborsabili (-3,9%).

Tabella 2
Il trend storico ('97/'00) dei consumi di farmaci
(numero di confezioni dispensate dalle farmacie territoriali)

| Valori assoluti (m.ni di confezioni) | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Farmaci rimborsabili (1+2) o (3+4) | 767,3 | 790,8 | 831,3 | 862,8 |
| - Classe A (1) | 679,5 | 701,4 | 742,6 | 772,8 |
| - Classe B (2) | 87,8 | 89,4 | 88,7 | 90,0 |
| - SSN (3)* | 702,7 | 725,5 | 752,5 | 788,2 |
| - Acquisto privato (4)* | 64,5 | 65,3 | 78,7 | 74,6 |
| Farmaci non rimborsabili | 711,7 | 682,2 | 667,2 | 641,5 |
| Con obbligo di prescrizione (etici) | 344,3 | 335,3 | 318,2 | 308,4 |
| Senza obbligo di prescrizione | 367,3 | 346,9 | 349,0 | 333,2 |
| Totale mercato | 1.478,9 | 1.473,0 | 1.498,5 | 1.504,4 |
| Con obbligo di prescrizione | 1.111,6 | 1.126,1 | 1.149,5 | 1.171,2 |
| Senza obbligo di prescrizione | 367,3 | 346,9 | 349,0 | 333,2 |
| Variazione % | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
| Farmaci rimborsabili (1+2) o (3+4) | - | 3,1% | 5,1% | 3,8% |
| - Classe A (1) | - | 3,2% | 5,9% | 4,1% |
| - Classe B (2) | - | 1,8% | -0,8% | 1,5% |
| - SSN (3) | - | 3,2% | 3,7% | 4,7% |
| - Acquisto privato (4) | - | 1,2% | 20,6% | -5,2% |
| Farmaci non rimborsabili | - | -4,1% | -2,2% | -3,9% |
| Con obbligo di prescrizione (etici) | - | -2,6% | -5,1% | -3,1% |
| Senza obbligo di prescrizione | - | -5,6% | 0,6% | -4,5% |
| Totale mercato | - | -0,4% | 1,7% | 0,4% |
| Con obbligo di prescrizione | - | 1,3% | 2,1% | 1,9% |
| Senza obbligo di prescrizione | - | -5,6% | 0,6% | -4,5% |
| Composizione % | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
| Farmaci rimborsabili (1+2) o (3+4) | 51,9% | 53,7% | 55,5% | 57,4% |
| - Classe A (1) | 45,9% | 47,6% | 49,6% | 51,4% |
| - Classe B (2) | 5,9% | 6,1% | 5,9% | 6,0% |
| - SSN (3) | 47,5% | 49,3% | 50,2% | 52,4% |
| - Acquisto privato (4) | 4,4% | 4,4% | 5,3% | 5,0% |
| Farmaci non rimborsabili | 48,1% | 46,3% | 44,5% | 42,6% |
| Con obbligo di prescrizione (etici) | 23,3% | 22,8% | 21,2% | 20,5% |
| Senza obbligo di prescrizione | 24,8% | 23,6% | 23,3% | 22,1% |
| Totale mercato | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| Con obbligo di prescrizione | 75,2% | 76,4% | 76,7% | 77,9% |
| Senza obbligo di prescrizione | 24,8% | 23,6% | 23,3% | 22,1% |

Le previsioni per il 2001

Il 2001 rappresenta un anno di deciso cambiamento del contesto regolatorio (a seguito dell'approvazione della Legge Finanziaria per il 2001 e della revisione delle Note CUF), che andrà ad influenzare in misura relativa il trend complessivo della spesa e, in misura molto più consistente, le forme di finanziamento della spesa stessa, con un deciso maggiore intervento pubblico ed una simmetrica riduzione della quota finanziata direttamente dai cittadini.

I principali cambiamenti (per un'analisi più dettagliata, cfr. Sezione Settima) sono rappresentati:

- dall'abolizione delle compartecipazioni alla spesa per l'assistenza farmaceutica convenzionata (da gennaio 2001), con tre importanti effetti: (i) trasferimento a carico dello stato delle compartecipazioni (aumento della spesa pubblica e riduzione di quella privata; nessun effetto sulla dimensione complessiva del mercato); (ii) aumento dei consumi, per effetto della pur debole sensibilità della domanda al prezzo (aumento della spesa pubblica e della dimensione del mercato); (iii) trasferimento a carico dello stato di una quota della spesa privata per farmaci rimborsabili: può infatti venire meno, in assenza di compartecipazioni alla spesa, una delle motivazioni – quella finanziaria - ad acquistare privatamente farmaci) (aumento della spesa pubblica e riduzione di quella privata; nessun effetto sulla dimensione complessiva del mercato);
- dall'abolizione della classe B (di fatto già in vigore, data la cancellazione di ogni forma di compartecipazioni alla spesa, che rappresentavano il fattore discriminante tra classe A e B) con la riclassificazione, per categorie terapeutiche omogenee, dei relativi farmaci in classe A o C (da luglio 2001); non avendo la CUF ancora formalizzato le proprie decisioni in merito è stata introdotta l'ipotesi che la CUF si basi su quanto era già stato indicato dalla Commissione Spesa Farmaceutica nel documento "Proiezione della spesa farmaceutica per l'anno 1999 e possibili misure di contenimento della spesa farmaceutica", che prevedeva il delisting di circa il 50% del mercato per farmaci in classe B. L'abolizione della classe B, ha l'effetto di: (i) trasferire sul cittadino la spesa farmaceutica dei farmaci delistati, con una potenziale riduzione dei consumi complessivi (parzialmente compensato dall'aumento dei prezzi) per tali farmaci (riduzione della spesa pubblica, aumento della spesa privata, possibile lieve contrazione del mercato complessivo); (ii) trasferire la spesa privata per farmaci rimborsabili relativa ai farmaci delistati sulla voce "spesa per farmaci etici rimborsabili" (variazione del mix nelle diverse componenti di spesa privata, effetto neutro sul mercato complessivo);
- dal taglio dei prezzi per i farmaci fuori brevetto con esclusione delle confezioni con prezzi non superiori alle 10.000 lire (da febbraio 2001), con l'effetto di ridurre le diverse voci di cui si compone la spesa per farmaci rimborsabili (spesa a carico del SSN, compartecipazioni alla spesa, acquisto privato di farmaci rimborsabili), solo parzialmente compensato dal possibile aumento dei consumi conseguente alla riduzione dei prezzi (riduzione della spesa pubblica, della spesa privata e del mercato complessivo);
- dall'introduzione di un sistema di prezzi di riferimento, secondo cui il SSN assume a proprio carico il prezzo medio ponderato dei medicinali aventi prezzo non superiore a quello massimo attribuibile al generico secondo la legislazione vigente (20% in meno del prezzo della specialità), a parità di principio attivo, numero di unità posologiche e dosi unitarie, forma farmaceutica, via di somministrazione e modalità di rilascio; l'eventuale differenza di prezzo rispetto al farmaco prescritto sarà a carico del cittadino (da Luglio 2001). L'introduzione del prezzo di riferimento ha un impatto certo di riduzione della spesa pubblica, mentre l'effetto sulla dimensione complessiva della spesa (e quindi sull'eventuale trasferimento dalla spesa pubblica alla spesa privata) dipende dal comportamento prescrittivo dei medici (tanto più il mix prescrittivo favorisce i farmaci con prezzi pari o al di sotto del valore di rimborso, tanto minore sarà l'impatto sul cittadino) e dalle politiche di prezzo delle imprese (ovvero se le imprese tendono a livellare i prezzi al valore di rimborso, per evitare una contrazione del mercato dei relativi prodotti) (riduzione della spesa pubblica; possibile aumento della spesa privata; effetto netto sul mercato negativo, con valori che dipendono dal livello di trasferimento della spesa dal SSN al cittadino);
- revisione delle Note CUF, con una prevalenza degli "ampliamenti" rispetto alle "restrizioni". L'ampliamento delle Note ha due effetti, più o meno rilevanti in relazione al grado di

ampliamento delle note stesse: (i) un aumento dei consumi dovuto alla maggiore copertura pubblica della spesa; (ii) un trasferimento di una quota del mercato dalla voce “acquisti privati di farmaci rimborsabili” alla voce “spesa a carico del SSN” (dovuto anche in questo caso alla maggiore copertura da parte del SSN).

La Tabella 3 illustra l’impatto della Finanziaria per il 2001 e del cambiamento delle Note sulle proiezioni “a parità di condizioni regolatorie.

Tabella 3
Le proiezioni della spesa farmaceutica per il 2001

| Componenti ed indicatori della spesa farmaceutica | | 1999 | 2000 | 2001* | 2001** | 2001*** | 00/99 | 01/00* | 01/00** | 01/00*** |
|---|---|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 1=2+3+4 | Spesa per prodotti rimborsabili al netto dello sconto | 18.004 | 20.399 | 22.527 | 22.253 | 22.498 | 13,3% | 10,4% | 9,1% | 10,3% |
| 2 | Spesa netta a carico del SSN | 14.714 | 16.953 | 18.802 | 20.378 | 20.849 | 15,2% | 10,9% | 20,2% | 23,0% |
| 3 | Compartecipazioni alla spesa | 1.585 | 1.683 | 1.756 | 68 | 68 | 6,1% | 4,4% | -96,0% | -96,0% |
| 4 | Prescrizione / acquisto privati per prodotti rimborsabili | 1.705 | 1.764 | 1.969 | 1.807 | 1.581 | 3,5% | 11,6% | 2,4% | -10,3% |
| 5=6+7 | Spesa per prodotti non rimborsabili | 9.012 | 9.140 | 9.385 | 9.794 | 9.794 | 1,4% | 2,7% | 7,2% | 7,2% |
| 6 | Farmaci etici non rimborsabili | 5.175 | 5.192 | 5.289 | 5.699 | 5.699 | 0,3% | 1,9% | 9,8% | 9,8% |
| 7 | Farmaci non soggetti all'obbligo di prescrizione | 3.837 | 3.949 | 4.096 | 4.096 | 4.096 | 2,9% | 3,7% | 3,7% | 3,7% |
| 8=3+4+5 | Spesa privata | 12.302 | 12.587 | 13.110 | 11.669 | 11.444 | 2,3% | 4,2% | -7,3% | -9,1% |
| 9=2+8 | Totale | 27.016 | 29.540 | 31.912 | 32.047 | 32.293 | 9,3% | 8,0% | 8,5% | 9,3% |
| 10 = 2+3+sconto ^o | Spesa pubblica lorda | 16.985 | 19.438 | 21.443 | 21.328 | 21.818 | 14,4% | 10,3% | 9,8% | 12,2% |
| 11= 4+5 | Spesa privata al netto delle comp. alla spesa | 10.717 | 10.904 | 11.354 | 11.602 | 11.376 | 1,8% | 4,1% | 6,4% | 6,4% |
| 2/9 | SSN/TOT | 54,5% | 57,4% | 58,9% | 63,6% | 64,6% | | | | |
| 2/(1+6) | SSN/ETICO | 63,5% | 66,2% | 67,6% | 72,9% | 73,9% | | | | |

^o La spesa farmaceutica pubblica lorda è pari al valore lordo delle ricette emesse a carico del SSN, valore lordo che include, oltre al rimborso da parte del SSN, lo sconto obbligatorio sottratto ai margini delle farmacie e le compartecipazioni alla spesa da parte dell’assistito

* Previsioni a parità di condizioni regolatorie

** Previsioni con l’inclusione degli effetti della Finanziaria per il 2001

*** Previsione con l’inclusione degli effetti della Finanziaria per il 2001 e del nuovo Provvedimento CUF sulle Note

Se non fossero intervenuti cambiamenti nel contesto regolatorio la spesa farmaceutica complessiva si sarebbe portata a 31.912 miliardi nel 2001, con un incremento rispetto al 2000 dell’8%. In prospettiva la forbice spesa pubblica – spesa privata si sarebbe ulteriormente allargata: la spesa a carico del SSN sarebbe aumentata del 10,9% (con un incremento del valore lordo del mercato rimborsato del 10,4%, come conseguenza della minore crescita delle compartecipazioni alla spesa rispetto alla spesa rimborsata dal SSN), mentre la crescita della spesa privata sarebbe stata pari al 4,2%, per effetto della minore crescita del mercato dei prodotti non rimborsabili e delle compartecipazioni alla spesa (ed una stabilizzazione, su valori inferiori al passato, del tasso di crescita della spesa privata per farmaci in classe A e B). A fine anno la copertura pubblica della spesa farmaceutica sarebbe aumentata dal 57,4% al 58,9% e quello della spesa per farmaci etici dal 66,2% al 67,6%.

L’effetto del modificato quadro regolatorio sulla spesa farmaceutica complessiva dovrebbe essere relativamente modesto, portando il tasso di crescita della spesa dall’8% al 9,3% (pari a quello fatto registrare nel 2000). L’azione più rilevante del nuovo contesto regolatorio è invece sul mix pubblico/privato della spesa farmaceutica: l’effetto combinato delle diverse misure dovrebbe portare la copertura pubblica della spesa farmaceutica totale e per farmaci etici al 64,6% ed al 73,9%, con un sensibile incremento rispetto alle proiezioni “a parità di condizioni regolatorie”.

Tale effetto complessivo rappresenta il mix di alcuni cambiamenti rilevanti:

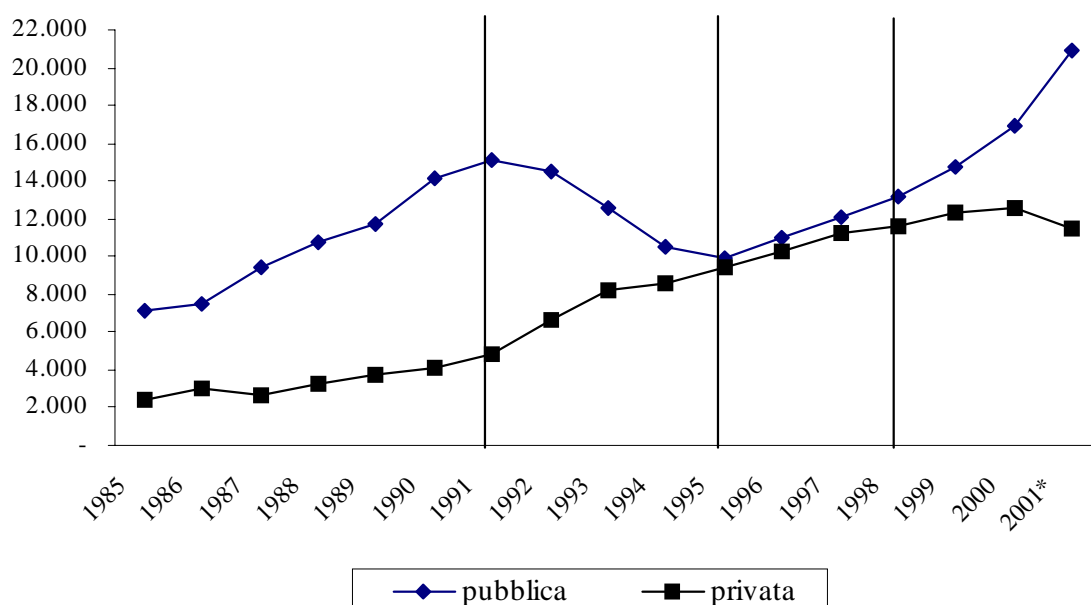
- la spesa a carico del SSN, su cui si sta concentrando l'attenzione delle autorità regolatorie, dovrebbe subire un incremento netto di 2.100 miliardi, con un aumento del tasso di crescita dal 10,9% al 23% rispetto al 2000; l'azione congiunta dell'abolizione delle compartecipazioni alla spesa e, in misura minore, dell'allargamento delle Note CUF andrebbe quindi nettamente a più che compensare i provvedimenti finalizzati al risparmio di spesa (prezzi di riferimento, taglio dei prezzi per i farmaci "off patent", ecc.);
- le compartecipazioni alla spesa saranno rappresentate nel 2001 dal solo differenziale pagato dal cittadino rispetto ai prezzi di riferimento a partire dal luglio 2001: dato il probabile taglio dei prezzi da parte di alcune imprese farmaceutiche e la modifica del mix prescrittivo da parte del medico, l'effetto sulle compartecipazioni alla spesa dovrebbe essere di soli 70 miliardi circa, contro i 1.750 che si sarebbero avuti se le autorità regolatorie avessero mantenuto il precedente regime di compartecipazioni alla spesa;
- l'effetto complessivo sul valore lordo della spesa farmaceutica pubblica dovrebbe essere, per l'effetto combinato dell'impatto sulla spesa a carico del SSN e sulle compartecipazioni, molto più modesto di quello della spesa a carico del SSN (il tasso di crescita dovrebbe infatti aumentare dal 10,3% al 12,2%);
- l'acquisto privato di farmaci rimborsabili dovrebbe subire una netta riduzione (400 miliardi rispetto all'ipotesi "parità di condizioni regolatorie"; -10,3% rispetto al 2000), per effetto del (i) delisting di alcuni prodotti in classe C (che dalla voce "acquisto privato di farmaci rimborsabili" vengono trasferiti su "acquisto di farmaci etici non rimborsabili"), (ii) dell'introduzione dei prezzi di riferimento, che dovrebbe rendere meno conveniente il fenomeno dell'autoprescrizione di farmaci in classe A e B e (iii) dell'allargamento di alcune Note CUF;
- la componente etica del mercato non rimborsabile subirebbe un aumento del tasso di crescita dall'1,9% al 9,8% per effetto del delisting di farmaci in classe B, mentre i farmaci non soggetti ad obbligo di prescrizione manterrebbero la stessa, relativamente modesta (+3,7%) crescita, che avrebbero avuto in assenza di cambiamenti del contesto regolatorio.

Visualizzando in termini grafici il rapporto tra spesa pubblica e spesa privata (Grafico 1) è possibile suddividere il periodo 1985/2001 in quattro sottoperiodi.

- il primo periodo ('85/'91) è caratterizzato da una continua crescita sia della spesa pubblica che, in misura minore, di quella privata;
- un secondo periodo ('92-'95) è segnato da stringenti politiche di "cost-containment". In un primo momento ('92 e '93) le autorità regolatorie hanno prevalentemente agito sulle compartecipazioni alla spesa su prodotti rimborsabili, aumentandone il livello nel '92 (dal 40% al 50% il ticket e da 1.500 a 3.000 lire la quota fissa per ricetta) e modificandone nel 1993, anche se temporaneamente, la struttura con l'introduzione (i) per le classi di cittadini più agiate, di un massimale di 40 mila lire (più il 10% dell'eccedenza) e (ii) per gli esenti per motivi di reddito del tetto massimo di ricette rimborsabili (i cosiddetti "bollini"). In un secondo momento ('94-'95) la spesa pubblica è stata ridotta per effetto della ridefinizione della Lista Positiva e dell'applicazione delle nuove modalità di determinazione dei prezzi (Prezzo Medio Europeo);
- un terzo periodo ('96-'98) è caratterizzato da una ripresa della spesa pubblica, anche se lievemente più contenuta rispetto al primo intervallo temporale. La spesa a carico dei cittadini ha mantenuto un tasso di crescita sostanzialmente analogo a quello della spesa pubblica;

- negli ultimi tre anni, il continuo, ma non particolarmente rilevante, aumento del tasso di crescita del mercato complessivo, è stato accompagnato da una sensibile modifica del mix pubblico / privato che ha visto aumentare l'impegno relativo del SSN nella copertura della spesa farmaceutica. Se inizialmente tale tendenza è stata motivata dalla riammissione alla rimborsabilità di alcuni farmaci ad alto costo e dall'aumento non rilevante della spesa per farmaci non soggetti ad obbligo di prescrizione medica, nel 2001 l'abolizione delle compartecipazioni alla spesa sta rappresentando la principale causa di tale cambiamento. La spesa farmaceutica sembra quindi riprendere, nel suo mix pubblico/privato, un trend analogo a quello verificatosi alla fine degli anni '80.

Grafico 1
La spesa farmaceutica pubblica e privata (1985-2001) (m.di lire)



* Previsioni Osservatorio Farmaci

I dati regionali

A livello regionale (cfr. Tabella 4) * si osserva un comportamento sostanzialmente differenziato, sia per la spesa pubblica che per quella privata. Elevati tassi di crescita della spesa a carico del SSN hanno riguardato sia regioni tradizionalmente collocate al di sotto del valore medio italiano e con tassi di crescita relativamente bassi negli ultimi anni (ad esempio Veneto e Piemonte), sia regioni con tassi di crescita e livelli di spesa procapite elevati (ad esempio Lazio, Abruzzo, Sicilia). Differenze abbastanza rilevanti (e distribuite su tutto il territorio nazionale) si sono avute nei tassi di crescita della spesa privata: considerando le regioni di maggiori dimensioni (le regioni più piccole hanno evidenziato, anche nel passato, oscillazioni sistematicamente maggiori nel rapporto spesa pubblica / privata), si passa da un +5,9% nella Regione Lazio ad una variazione negativa per Calabria ed una sostanziale stabilità del dato della Regione Puglia. In generale sono state le regioni centrali a subire una crescita più consistente, con riferimento sia alla spesa pubblica che a quella

* Si sottolinea, ai fini di una più chiara lettura dei dati e del confronto con le indicazioni contenute nei precedenti report (cfr. Sezione Introduttiva) che il riallineamento dei dati Ims al nuovo campione ha portato a variazioni, anche sensibili, della posizione delle singole regioni con riferimento al mercato complessivo ed alla sua composizione per classi di rimborsabilità. Inoltre i dati di spesa a carico del SSN sono stimati per il mese di dicembre per le regioni Abruzzo, Molise, Campania, Puglia e Sicilia.

privata (e, di conseguenza, anche alla spesa totale). L'andamento piuttosto "erratico" della componente pubblica e privata della spesa farmaceutica non ha però modificato in modo sostanziale la copertura pubblica della spesa farmaceutica: rimangono infatti ancora grosse differenze tra regioni del Nord (copertura media del 52,3%, contro il 49,4% del 1999), regioni del Centro (56,2% contro il 53,6% del 1999) e del Sud (64,4%, contro il 61,3% del 1999).

La disomogeneità tra le regioni nell'andamento della spesa farmaceutica a carico del SSN può avere diverse motivazioni, motivazioni che sono state ampiamente indagate nella Sezione Sesta nel Report. Tra le diverse cause assumono particolare rilevanza:

- la diversa attivazione, a livello locale, di politiche di governo dell'assistenza farmaceutica e, in particolare del comportamento prescrittivo dei medici (che in parte può spiegare la maggiore incidenza dell'acquisto privato di farmaci rimborsabili nelle Regioni del Centro-Nord, dato che, all'interno di tale voce di spesa, è inclusa la prescrizione privata di farmaci soggetti a nota; ad una maggiore importanza relativa di tale voce di spesa può essere quindi legato un maggiore allineamento della prescrizione alle note);
- le diverse condizioni socio-economiche della spesa per farmaci senza obbligo di prescrizione, che possono portare a differenti modelli di risposta del cittadino alle politiche di razionalizzazione della spesa farmaceutica, per cui nelle regioni caratterizzate da situazioni socioeconomiche più favorevoli può essere maggiore la propensione (i) all'acquisto privato di prodotti rimborsabili, e (ii) la "propensione" all'automedicazione (di fatto le Regioni del Centro-Nord mostrano una maggiore incidenza delle spesa per farmaci non soggetti ad obbligo di prescrizione);
- il contesto demografico, che tuttavia "favorisce" le regioni del Sud, caratterizzate da una minore incidenza della popolazione anziana: se si opera quindi una depurazione del dato di spesa procapite dai differenziali di consumo farmaceutico spiegati dalla diversa composizione per classi di età (cfr. Sezione Sesta) la spesa farmaceutica pubblica procapite aumenta ulteriormente nelle regioni del Sud, ampliando la variabilità interregionale della spesa;
- la presenza di diversi modelli organizzativi di sistema sanitario regionale che possono impattare sul livello relativo della spesa farmaceutica rispetto a quello della spesa sanitaria pubblica complessiva. L'effetto di tali diversi modelli sulla variabilità interregionale della spesa può essere collegato (i) in parte all'assetto generale dei diversi sistemi sanitari, con riferimento in particolare al ruolo svolto dalla medicina di base e dalla prescrizione di farmaci rispetto al complesso di servizi sanitari erogati (ed in particolare all'assistenza ospedaliera) (è riscontrabile, a tale proposito, una considerevole variabilità dell'incidenza percentuale della spesa farmaceutica sulla spesa sanitaria pubblica); (ii) in parte a specifici modelli di dispensazione dei farmaci, con riferimento in particolare al maggiore o minore ricorso alla dispensazione diretta da parte delle Aziende Sanitarie di farmaci: maggiore è il ricorso alla dispensazione diretta, minore è la spesa per assistenza farmaceutica erogata tramite le farmacie territoriali (di fatto se si scorpora il dato sulla spesa per assistenza farmaceutica erogata tramite le farmacie territoriali dei farmaci che possono essere distribuiti direttamente dalle aziende sanitarie, la variabilità interregionale si riduce).

Tabella 4
La spesa farmaceutica pubblica e privata per regione nel 2000

| Regione | Spesa totale | | Spesa pubblica | | | Spesa privata | | |
|-----------------------|----------------|-------------|----------------|--------------|--------------|----------------|-------------|--------------|
| | (m.ia di lire) | 00/'99 | (m.ia di lire) | 00/'99 | (% su tot.) | (m.ia di lire) | 00/'99 | (% su tot.) |
| Piemonte | 520,6 | 9,5% | 286,3 | 16,0% | 55,0% | 234,3 | 2,5% | 45,0% |
| Valle d'Aosta | 487,0 | 4,4% | 257,6 | 15,1% | 52,9% | 229,4 | -5,5% | 47,1% |
| Lombardia | 511,8 | 7,8% | 266,1 | 14,9% | 52,0% | 245,7 | 1,1% | 48,0% |
| Bolzano | 419,6 | 8,0% | 220,2 | 15,2% | 52,5% | 199,4 | 1,2% | 47,5% |
| Trento | 441,6 | 8,0% | 216,7 | 12,9% | 49,1% | 224,9 | 3,7% | 50,9% |
| Veneto | 475,9 | 9,3% | 254,2 | 16,8% | 53,4% | 221,8 | 1,8% | 46,6% |
| Friuli VG | 497,1 | 6,8% | 256,1 | 14,8% | 51,5% | 240,9 | -0,6% | 48,5% |
| Liguria | 631,3 | 8,8% | 334,6 | 12,3% | 53,0% | 296,6 | 5,1% | 47,0% |
| Emilia R | 540,8 | 9,2% | 265,4 | 13,5% | 49,1% | 275,4 | 5,4% | 50,9% |
| Toscana | 544,6 | 8,2% | 277,1 | 13,9% | 50,9% | 267,5 | 2,9% | 49,1% |
| Umbria | 543,9 | 7,7% | 315,3 | 10,8% | 58,0% | 228,6 | 3,8% | 42,0% |
| Marche | 529,6 | 6,9% | 295,3 | 12,1% | 55,8% | 234,3 | 0,9% | 44,2% |
| Lazio | 566,3 | 13,0% | 337,0 | 18,4% | 59,5% | 229,3 | 5,9% | 40,5% |
| Abruzzo | 538,9 | 11,5% | 322,4 | 16,9% | 59,8% | 216,5 | 4,4% | 40,2% |
| Molise | 431,3 | 13,9% | 286,6 | 13,6% | 66,4% | 144,8 | 14,4% | 33,6% |
| Campania | 487,8 | 8,7% | 329,7 | 13,3% | 67,6% | 158,2 | 0,2% | 32,4% |
| Puglia | 462,1 | 9,6% | 304,1 | 15,3% | 65,8% | 158,0 | 0,1% | 34,2% |
| Basilicata | 424,7 | 10,6% | 297,3 | 18,7% | 70,0% | 127,3 | -4,6% | 30,0% |
| Calabria | 469,5 | 8,5% | 305,9 | 15,4% | 65,2% | 163,5 | -2,5% | 34,8% |
| Sicilia | 527,4 | 10,8% | 328,4 | 16,6% | 62,3% | 199,0 | 2,3% | 37,7% |
| Sardegna | 489,3 | 10,8% | 283,6 | 17,8% | 58,0% | 205,7 | 2,5% | 42,0% |
| Italia | 512,1 | 9,4% | 293,9 | 15,3% | 57,4% | 218,2 | 2,4% | 42,6% |
| Nord | 515,3 | 8,6% | 269,4 | 14,9% | 52,3% | 245,9 | 2,4% | 47,7% |
| Centro | 552,9 | 10,3% | 310,8 | 15,7% | 56,2% | 242,1 | 4,0% | 43,8% |
| Sud e Isole | 491,2 | 9,9% | 316,3 | 15,4% | 64,4% | 174,9 | 1,1% | 35,6% |
| <i>Coeff. variaz.</i> | 10,1% | - | 11,9% | - | - | 20,0% | - | - |
| <i>Diff max/min</i> | 33,5% | - | 35,7% | - | - | 57,1% | - | - |

I dati internazionali

La Sezione Prima del Report, cui si rimanda per maggiori dettagli, contiene alcuni confronti tra Paesi UE e Stati Uniti sulle principali variabili macroeconomiche, sanitarie e sulla spesa farmaceutica. Come specificato nella Premessa al Report, l'Osservatorio sta ultimando uno studio di analisi comparata delle politiche del farmaco nei principali Paesi UE, che includerà anche

- un'analisi dei flussi informativi relativi alla spesa per assistenza farmaceutica erogata tramite le farmacie territoriali a livello internazionale e del ruolo che l'OCSE ha assunto negli ultimi anni nella raccolta sistematica di dati;
- una valutazione di impatto delle politiche di contenimento e razionalizzazione della spesa farmaceutica pubblica sul trend di spesa nei principali Paesi UE.

In questa sede viene semplicemente confrontato il trend della spesa farmaceutica pubblica procapite nei principali Paesi UE (Grafico 2), che mostra come:

- l'Italia presenti un comportamento più "erratico" rispetto a quello degli altri Paesi. In Italia le variazioni in aumento ed in diminuzione della spesa pubblica risultano decisamente più ampie. In altri paesi vi sono stati dei "rallentamenti" nel tasso di crescita (in Francia nel '94 e nel '96 in occasione rispettivamente della stipulazione del primo accordo tra imprese farmaceutiche e autorità regolatorie in materia di target di crescita della spesa e della definizione di un tetto di

crescita della spesa a livello parlamentare; in Germania nel '93, in relazione all'introduzione di un tetto di spesa sulla farmaceutica, che ha causato una sensibile riduzione della spesa, e nel '97 in occasione del taglio dei prezzi di riferimento; in Spagna, nel '94, come conseguenza del delisting di alcuni farmaci, e nel 1997, come conseguenza della riduzione dei margini alla distribuzione), ma non si sono registrate oscillazioni così consistenti, come quelle italiane, al ribasso ('92/'95) e al rialzo (2000 e, in prospettiva, 2001);

- le misure di contenimento della spesa farmaceutica pubblica hanno prodotto nel periodo '91-'95 una consistente variazione della posizione italiana rispetto a quella degli altri principali Paesi UE: mentre all'inizio degli anni '90 l'Italia presentava il più alto valore di spesa farmaceutica pubblica procapite, nel '95 il dato italiano risultava il più basso tra quelli considerati;
- nel biennio '96/'97 la spesa pubblica procapite ha ripreso un trend di crescita superiore a quello medio UE (9,6% in media nel biennio '96/'97 contro un 7,4% a livello europeo), rimanendo comunque, in valori assoluti, ancora al di sotto di quello dei principali Paesi UE (non si deve neanche dimenticare che il principale fattore di crescita della spesa farmaceutica nel 1997 è rappresentato dall'aumento dell'IVA sui farmaci rimborsabili);
- nel biennio '98/'99 l'Italia ha ulteriormente ridotto il suo distacco dai principali partner europei, con un incremento medio annuo del 10,7%, contro il 6,3%, il 6,6%, l'8,9%, il 10,7% e l'11,2%, rispettivamente di Germania, Francia, Spagna, Regno Unito; è probabile che nel 2000 (i dati a livello internazionale non sono ancora disponibili) e, ancor più, nel 2001, il trend crescente della spesa pubblica riavvicini ulteriormente l'Italia agli altri Paesi UE.

Grafico 2
La spesa farmaceutica pubblica procapite in migliaia di lire PPA
nei principali Paesi UE (1990-1999)

