



2012

Executive Summary
REPORT N°30
Semestrale
GENNAIO – GIUGNO 2012





Osservatorio Farmaci

CERGAS - Università “L. Bocconi”

Prof. Claudio Jommi
(Supervisore Scientifico)

Monica Otto
(Coordinatore)

Patrizio Armeni
Francesco Costa
Aureliano Finch

Il Report è stato preparato da Claudio Jommi, Patrizio Armeni e Francesco Costa.

Un particolare ringraziamento a Ims Health (primi sei mesi) e Federfarma (primi quattro mesi), per averci inviato i dati di spesa e consumi farmaceutici, rispettivamente totali e pubblici.



ELENCO DELLE PRINCIPALI ABBREVIAZIONI

ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
AGESAN	Agenzia nazionale per i Servizi Sanitari Regionali
AIC	Autorizzazione all'Immissione in Commercio
AIR	Accordo integrativo regionale
AIFA	Agenzia Italiana del Farmaco
ASL	Azienda Sanitaria Locale
CERGAS	Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale
CSR	Conferenza Stato Regioni
CTO	Categorie terapeutiche omogenee
DL	Decreto Legge
DD	Distribuzione diretta
DPC	Distribuzione in nome e per conto
DRC	Distinta Riepilogativa Contabile
DGR	Delibera della Giunta Regionale
GDO	Grande Distribuzione Organizzata
FSN	Fondo Sanitario Nazionale
IMF	Il Mercato Farmaceutico
ITS	Information Territorial Service (Servizi Territoriali del Mercato farmaceutico)
IMS Health	Istituto Misurazioni Statistiche
IVA	Imposta sul Valore Aggiunto
OCSE	Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico
OSSMED	Osservatorio sull'impiego dei Medicinali
OTC	(farmaci) Over The Counter (da banco)
NPA	National Prescription Audit
PA	Provincia Autonoma
RGSEP	Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese
SERT	Servizi per le tossicodipendenze
SIS	Sistema Informativo Sanitario
SOP	(farmaci) Senza Obbligo di Prescrizione
SP	(farmaci) Senza obbligo di Prescrizione per i quali non è consentita la pubblicità al pubblico
SSN	Servizio Sanitario Nazionale

Nel presente documento vengono illustrati i risultati più significativi contenuti nel Report 30 dell'Osservatorio Farmaci, report relativo al primo semestre 2012, senza riportare analiticamente le fonti dei dati, i criteri di elaborazione degli stessi e le principali problematiche collegate a tali elaborazioni, relativamente ai quali si rimanda alla Sezione Introduttiva dello stesso, consultabile presso il Centro Documentazione del CERGAS (www.cergas.unibocconi.it).

Il Report 30 nella sua versione completa illustra:

- i dati di spesa farmaceutica pubblica e privata per farmaci dispensati dalle farmacie aperte al pubblico relativi al primo semestre del 2012 a livello nazionale e regionale;
- le proiezioni a livello nazionale (spesa e consumi pubblici e privati per farmaci dispensati tramite le farmacie convenzionate e spesa a carico del SSN per farmaci acquistati dalle aziende sanitarie) per il periodo 2012-2014.
- un quadro riassuntivo sui principali avvenimenti di politica del farmaco del 2012 desumibile dalle sezioni prima e seconda.

Si ricorda, comunque, che la reportistica dell'Osservatorio Farmaci:

- si riferisce prevalentemente all'assistenza farmaceutica (a carico del SSN e dei pazienti) erogata tramite le farmacie aperte al pubblico, con esclusione dei farmaci senza obbligo di prescrizione dispensati da punti distributivi alternativi;
- prende in esame anche gli acquisti di farmaci da parte delle aziende sanitarie utilizzati in ambito ospedaliero e dispensati sul territorio. Nella valutazione dei trend si è fatto riferimento ai dati IMS Health che valorizzano a prezzi di cessione teorici;
- utilizza come fonte dei dati: i) IMS Health, per i dati di spesa e consumo complessivi; in particolare, si fa riferimento ai dati di sell out (flussi di farmaci in uscita dalle farmacie) disponibili a partire dal 2009. Per il confronto con gli anni precedenti si utilizzano i dati IMS di sell in (flussi di farmaci in entrata alle farmacie) in modo tale da garantire una comparazione omogenea; ii) Federfarma (primi quattro mesi del 2012), per i dati di spesa rimborsata dal SSN.

Rispetto al finanziamento a cui concorre ordinariamente lo Stato quale base di calcolo dei tetti sulla spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera:

- per il 2012 si fa riferimento all'ultima intesa di riparto delle risorse del Febbraio 2012, non essendo ancora stato raggiunto al 22 Novembre l'intesa definitiva tra le regioni (<http://www.regioni.it>);
- per il (2012), 2013 ed il 2014 si sono considerati gli impatti sul FSN dalle misure previste dalla Legge 135/2012, come già specificato nel Report 29 (Rapporto annuale per il 2011).

I principali trend della spesa farmaceutica del 2012

La spesa per farmaci dispensati dalle farmacie aperte al pubblico è sensibilmente diminuita nel primo quadrimestre 2012 del 5,2%, contro una sostanziale stazionarietà nel primo semestre del 2011 rispetto al 2010.

La spesa per farmaci rimborsabili (farmaci in Classe A) nel periodo gennaio-aprile 2012 è calata del 7% rispetto al primo quadrimestre del 2011 (Tabella 1). Tale andamento, oltre che alla scadenze dei brevetti di diversi principi attivi, è legata all'approvazione della determina AIFA in data 31 marzo 2011 ("Documento metodologico in applicazione di cui al comma 9 dell'art.11 del D.L.78, recante norme in tema di confronto prezzo dei farmaci equivalenti in Italia rispetto ad altri mercati Europei") che ha disposto, in attuazione di quanto previsto dal DL 78/2010, convertito in L. 122 del 30 luglio 2010, la riduzione dei prezzi di riferimento dei farmaci rimborsabili a brevetto scaduto presenti nelle liste di trasparenza sulla base del confronto con i prezzi dei farmaci vigenti nei Paesi di riferimento, vale a dire, Regno Unito, Germania, Francia e Spagna. La soglia massima di abbattimento del prezzo di riferimento è stata fissata al 40% mentre sono stati esclusi i prodotti con un prezzo per confezione inferiore a 2 Euro. I nuovi prezzi di riferimento sono entrati in vigore a partire dal 15 aprile 2011. Il lento adeguamento dei prezzi dei farmaci a quelli dei relativi generici da parte delle aziende farmaceutiche ha determinato un aumento della quota delle compartecipazioni alla spesa da parte del cittadino, generato dai più alti differenziali tra il prezzo di riferimento e il prezzo al pubblico del farmaco. l'impatto di tale misura è stato una consistente riduzione della spesa farmaceutica pubblica lorda del - 8,3% con un contestuale incremento della spesa a carico del paziente (+2,8%) dovuta alla crescita di tutte le voci che concorrono alla sua formazione, ad eccezione della spesa sostenuta per prodotti etici non rimborsabili. Nello specifico, nei primi quattro mesi del 2012 si assiste ad un aumento dell'acquisto privato di farmaci rimborsabili (+7,7%), un sensibile incremento pari al +3,9% della spesa per farmaci non soggetti ad obbligo di prescrizione (SP, ovvero farmaci senza obbligo di prescrizione non pubblicizzabili +16,4%, OTC +1,7%) e delle compartecipazioni alla spesa (+19,8%) determinato dal significativo aumento delle sue componenti, differenziale sul prezzo di riferimento (+25,7%) e ticket regionali (+12%). Quest'ultimo aumento ha anche generato una significativa contrazione la spesa convenzionata netta che decresce del -11,5% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente (Tabella 1).

Tabella 1

Composizione della spesa complessiva per assistenza farmaceutica erogata tramite le farmacie aperte al pubblico (primo quadrimestre 2012 vs 2011)

Componenti ed indicatori di spesa farmaceutica (farmaci che transitano dalle farmacie aperte al pubblico)		gen-apr 2012 (milioni Euro) sell out	gen-apr 2011 (milioni Euro) sell out	var % 12/11	var % 11/10	var % 12/11 (primo semestre sell out)
1=2+3	Spesa per farmaci rimborsabili lordo sconti, di cui	4.424	4.754	-7,0%	-0,1%	-6,4%
2	- Prescrizione / acquisto privati farmaci rimborsabili	444	412	7,7%	21,4%	6,4%
3=4+5+6	- Spesa pubblica lorda, di cui	3.980	4.342	-8,3%	-1,7%	-7,7%
4	- Sconto totale (farmacie + imprese)	264	283	-6,5%	18,2%	nd
5	- Compartecipazioni alla spesa, di cui:	475	396	19,8%	29,2%	nd
5.a	a) Ticket	191	171	12,0%	18,8%	nd
5.b	b) Differenziale sul prezzo di riferimento	284	226	25,7%	47,8%	nd
6=3-4-5	- Spesa farmaceutica convenzionata	3.241	3.663	-11,5%	-5,4%	nd
7=8+9	Spesa per prodotti non rimborsabili, di cui	2.071	2.100	-1,4%	3,9%	-1,9%
8	- Farmaci con obbligo di prescrizione	1.007	1.077	-6,5%	3,6%	-7,2%
9 = 10+13	- Prodotti non soggetti all'obbligo di prescrizione, di cui	1.063	1.023	3,9%	4,2%	3,8%
10=11+12	- Farmaci, di cui	788	747	5,5%	2,9%	5,9%
11	a) SP	228	196	16,4%	3,1%	19,7%
12	b) OTC	561	551	1,7%	2,9%	1,2%
13	- Altro	275	276	-0,5%	7,6%	-1,6%
14=2+5+7	Spesa a carico del paziente	2.989	2.909	2,8%	9,0%	nd
15=6+14	Totale (al netto degli sconti farmacie e imprese)	6.230	6.572	-5,2%	0,5%	nd

La spesa per farmaci rimborsabili, ottenuta come somma di acquisto privato (IMS) e Spesa lorda (Federfarma) non coincide con il sell-out rimborsabile IMS

L'andamento complessivo dei consumi nel primo semestre del 2012 (Tabella 2), espressi in numero di confezioni, è tendenzialmente stabile e pari al +0,4%. Tale valore è determinato dall'incremento del numero di confezioni dispensate a carico del SSN (+0,9%) a fronte di una leggera contrazione (-0,3%) delle confezioni a carico del paziente, legato soprattutto alla riduzione dei consumi per farmaci non rimborsabili. L'acquisto privato di farmaci rimborsabili ha invece subito un deciso incremento +9,4%, analogamente alla spesa.

Tabella 2

Composizione dei consumi complessivi per assistenza farmaceutica erogata tramite le farmacie aperte al pubblico (milioni di confezioni) (primo semestre 2012 vs 2011)

Consumi (farmaci che transitano dalle farmacie aperte al pubblico)		gen-giu 2012 (milioni confezioni)	gen-giu 2011 (milioni confezioni)	var % 12/11	var % 11/10
1	Farmaci rimborsabili	655	642	2,1%	3,1%
2	A carico SSN*	558	553	0,9%	2,0%
3	Prescrizione / acquisto privati farmaci rimborsabili	98	89	9,4%	10,4%
4=5+6	Prodotti non rimborsabili	296	305	-3,1%	0,6%
5	Farmaci con obbligo di prescrizione (etici)	135	145	-6,9%	1,2%
6=7+10	Prodotti non soggetti ad obbligo di prescrizione, di cui	161	160	0,2%	0,1%
7=8+9	- Farmaci, di cui	149	148	0,8%	-0,1%
8	a) SP	41	39	4,9%	-1,8%
9	b) OTC	108	109	-0,7%	0,5%
10	- Altro	11	12	-6,2%	3,4%
11=3+4	A carico del paziente	394	395	-0,3%	2,7%
12=2+11	Totale	951	947	0,4%	2,3%
2/12	SSN / Totale	58,6%	58,3%		
2/(1+5)	SSN / Totale etici	70,5%	70,2%		
2/1	SSN / Totale rimborsabili	85,1%	86,1%		

* Ottenuto come differenza tra consumi per farmaci rimborsabili e farmaci rimborsabili acquistati privatamente

Il costo medio dei farmaci (Tabella 3) mostra un andamento sostanzialmente divergente tra farmaci rimborsabili (-8,3%) e prodotti non rimborsabili (+1,3%). I farmaci rimborsabili hanno risentito di un'ulteriore estensione dell'applicazione dei prezzi di riferimento e delle iniziative regionali finalizzate a modificare il mix a favore delle molecole generiche o, comunque, a più basso prezzo.

Tabella 3

Costo medio per confezione relativo ai diversi segmenti del mercato dei farmaci dispensati dalle farmacie aperte al pubblico (primo semestre 2012 vs primo semestre 2011) (Euro)

Costo medio per confezione	gen-giu 2012	gen-giu 2011	gen-giu 2010	var% 12/11	var % 11/10
Farmaci rimborsabili (lordo sconto farmacie ed imprese)	10,1	11,1	11,4	-8,3%	-3,4%
- Farmaci rimborsati (sell-out rimborsato)	10,7	11,6	12,1	-8,5%	-3,5%
- Prescrizione/acquisto privato di farmaci rimborsabili	7,2	7,4	7,3	-2,8%	1,2%
Prodotti non rimborsabili, di cui	10,3	10,2	9,9	1,3%	3,3%
- Farmaci etici non rimborsabili	11,1	11,2	10,8	-0,3%	3,1%
- Prodotti non soggetti ad obbligo di prescrizione, di cui	9,6	9,3	9,0	3,6%	3,5%
a) Farmaci, di cui	7,6	7,2	7,1	5,1%	2,4%
a.1) SP	8,0	7,0	6,9	14,2%	2,3%
a.2) OTC	7,4	7,3	7,1	1,9%	2,4%
b) Altro	36,0	34,3	33,1	4,9%	3,7%
A carico del paziente (esclusi i ticket)	9,6	9,6	9,3	-0,2%	2,5%

Rispetto all'anno precedente, il costo medio di tutte le tipologie di farmaci che rientrano nella categoria dei prodotti non rimborsabili si attestano come segue:

- farmaci etici (-0,3%),
- SP (+14,2%),

- OTC (+1,9%)
- prodotti che rientrano nella voce “altro” (+4,9%) ossia OTC senza registrazione.

Il primo semestre del 2012 conferma l'andamento crescente (+7,2%) del mercato dei farmaci non dispensati dalle farmacie aperte al pubblico rilevato alla fine del 2011 (+7,2% rispetto al 2010, cfr Report 29) (Tabella 4).

Tale incremento è riconducibile essenzialmente all'aumento del mercato dei farmaci in distribuzione diretta (+9,4%) e, soprattutto, della DPC (+12,8%), confermando la crescente diffusione su tutto il territorio di accordi con le farmacie aperte al pubblico. Il mercato dei farmaci out-patient e di quelli utilizzati per pazienti ricoverati registrano anche essi un tasso di crescita positivo, anche se molto più contenuto per i secondi (rispettivamente del 12,0% e del +2,2%).

Tabella 4

*Andamento delle diverse voci mercato dei farmaci non dispensati dalle farmacie aperte al pubblico
(gen-giu 2012)*

Fatturati in prezzi di cessione teorici	gen-giu 2012 (milioni Euro)	gen-giu 2011 (milioni Euro)	var %
Inpatient	1.759	1.721	2,2%
Outpatient	559	499	12,0%
DPC + DD	2.225	2.019	10%
- Distribuzione diretta	1.706	1.559	9,4%
- DPC	519	460	12,8%
Totale	4.543	4.239	7,2%

I consuntivi del 2012: politiche e dati regionali

I provvedimenti regionali che hanno maggiormente contribuito a produrre effetti sull'andamento del mercato farmaceutico nel primo semestre del 2012 sono i seguenti:

- introduzione / modifica delle compartecipazioni alla spesa sui farmaci (Figura 1). Il ricorso alle compartecipazioni alla spesa anche da parte di regioni che storicamente non avevano utilizzato questo strumento per il governo della spesa farmaceutica (ad esempio, Emilia Romagna, Toscana e Umbria) è diretta conseguenza di quanto previsto inizialmente dalla L. 111/2011 (conversione del DL 98/2011);
- azioni su categorie terapeutiche omogenee, sia in termini di prezzi di riferimento che target prescrittivi (Figura 2). L'adozione di prezzi di riferimento (limitata alla categoria degli inibitori di pompa protonica) è ora non più praticabile; sono invece sempre più diffusi i target prescrittivi in medicina generale, in parte introdotti autonomamente dalle regioni / aziende sanitarie, in parte collegati ad obiettivi esplicitati nei piani di rientro, in parte attivati in applicazione di quanto previsto dalla L. 122/2010 (conversione del DL 78/2010);
- aumento delle forme alternative di distribuzione che determinano uno spostamento della spesa per assistenza farmaceutica dal regime della spesa convenzionata a quello degli acquisti diretti da parte delle aziende sanitarie: sebbene le due voci di spesa rientrino nella componente "territoriale" dei tetti, tale spesa genera un contenimento della spesa farmaceutica, per effetto almeno della mancata corresponsione dei margini alla distribuzione o di margini (fee fisse) pattuiti nell'ambito degli accordi di distribuzione in nome e per conto, che non impattano in termini contabili sulla spesa farmaceutica territoriale (Figura 3). Attualmente tutte le regioni hanno accordi formali regionali / sub-regionali di DPC, con l'eccezione di, Abruzzo e Sicilia.

Figura 1

*Regioni in cui sono in atto compartecipazioni alla spesa in forma di quota fissa per ricetta / confezione
(aggiornamento a novembre 2012)*

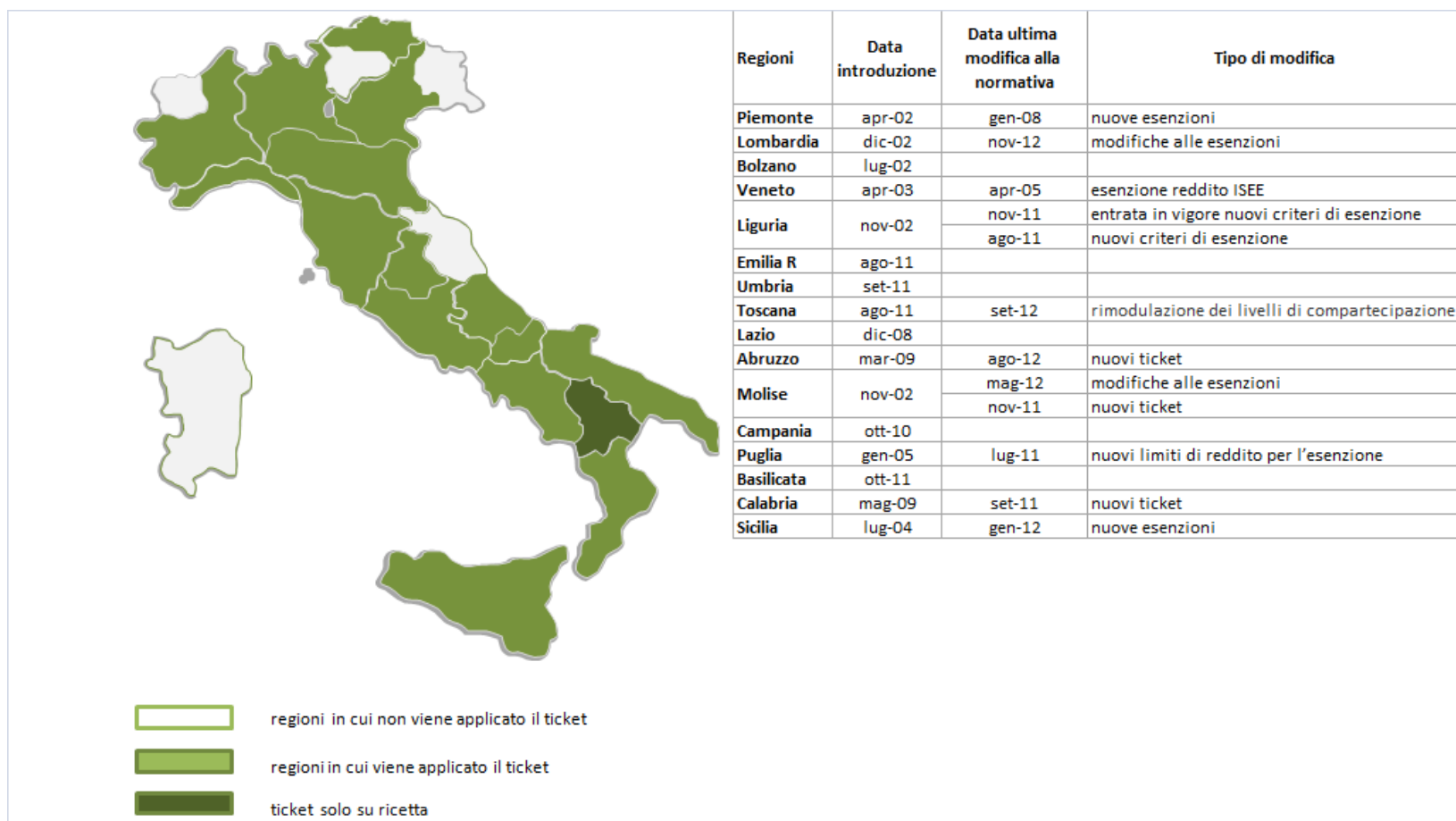
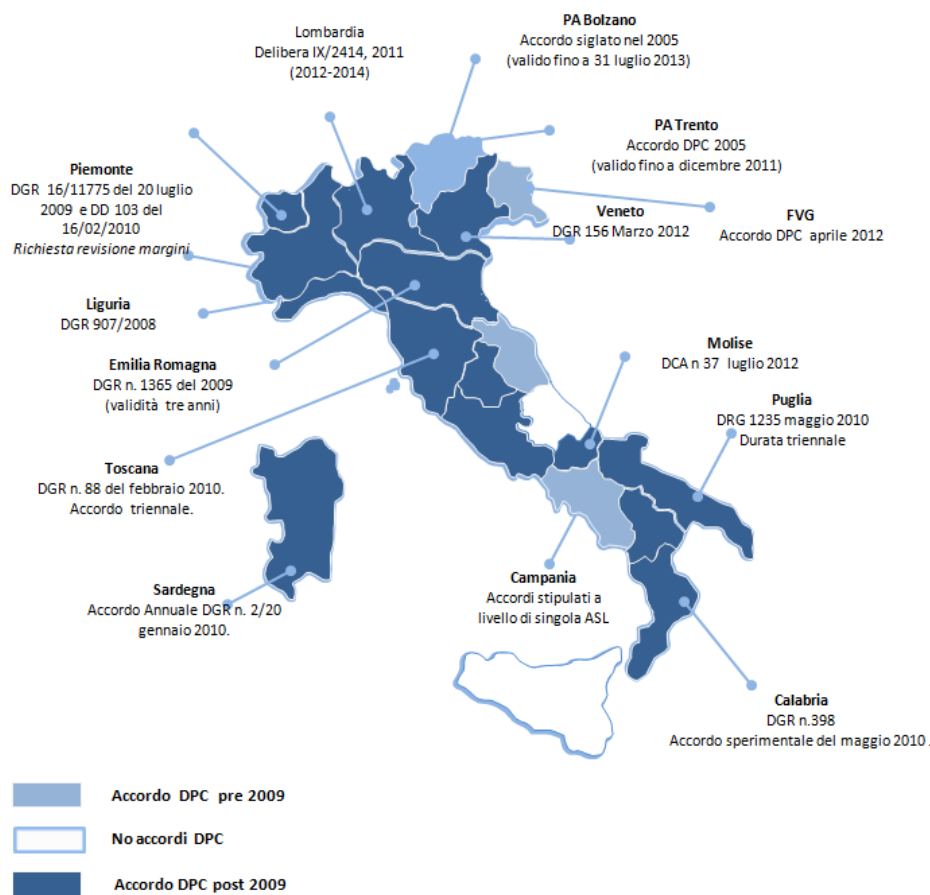


Figura.2

Quadro dei provvedimenti su target prescrittivi e prezzi di riferimento per categoria terapeutica omogenea
(aggiornamento ad aprile 2012)

Regioni	Norma	Prezzo rif PPI	INDIRIZZI PRESCRITTIVI SU CTO									
			Antiulcera	Anti-ipertensivi				Ipocolesterole mizzanti	Farmaci usati nell'ipertrofia prostatica benigna	Osteoporosi	Anti-depressivi	Altri farmaci
				PPI	Beta bloccanti	Calcio antagonisti	Ace inibitori					
Valle d'Aosta	DGR 1451/06		x				x	x				
Liguria	DGR 1666/06 LR 15/07 DGR 208/07 DGR 1197/08	x			x	x			x		x	Antinfiammatori oxicam derivati Eparine Cefalosporine di seconda generazione e Macrolidi Altri antidepressivi
Toscana	DGR 148/07		x		x	x	x	x	x		x	Altri antidepressivi Morfina
Marche	DGR 135/07 DGR 1807/08 DGR 1234/10		x		x	x	x	x	x		x	Altri antidepressivi Morfina
Lazio	DGR 124/07 DGR 232/08 DC 24/2010	x		x	x	x	x	x		x	x	Antimicotici per uso sistemico
Abruzzo	DGR 1086/06	x	x				x					
Molise	LR 12/2008 DC 83/2010 DC 7/2011	x	x			x	x	x				
Campania	DGR 460/2007 DC 14/2010 DC 55-56/2011	x				x	x					
Puglia	LR 39/2007 LR 40/2007	x	x									
Basilicata	DGR 575/2007 DGR 329/2008 DGR 1051/2010		x			x	x	x				Antibatterici Eparina
Calabria	DGR 93/2007 DGR 17/2010 DPGR 33/2011	x	x			x	x	x				
Sicilia	L 12/07 DA 3107/2010	x	x			x	x	x	x		x	Altri antidepressivi Morfina
Sardegna	DGR 17-1/08 DGR 8-12/2007	x				x	x	x			x	Altri antidepressivi

Figura 3
Accordi di distribuzione in nome e per conto
(aggiornamento ad ottobre 2012)

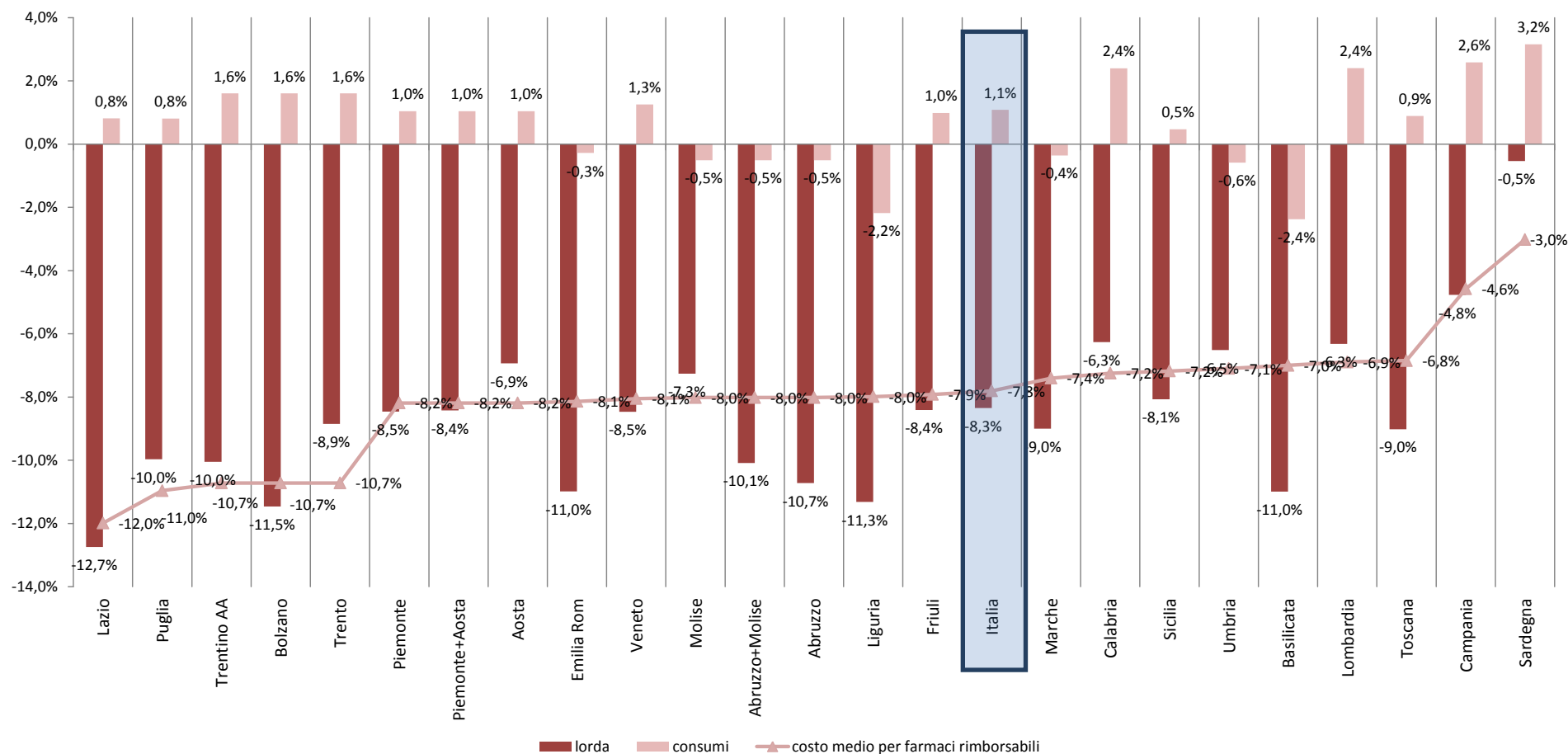


Nei primi quattro mesi del 2012 si assiste ad una contrazione della spesa lorda, un aumento generalizzato dei consumi di farmaci rimborsati dal SSN, ed una diffusa riduzione del livello di costo medio lordo per farmaci rimborsabili (Grafico 1). La sensibile contrazione del costo medio lordo per confezione è dovuto all'intensificazione di forme alternative di distribuzione (che sposta su voci di spesa diverse dalla convenzionata farmaci a costo elevato) e a iniziative di governo del comportamento prescrittivo volte a ridurre, nell'ambito di categorie terapeutiche, la prescrizione di farmaci a più alto costo. La combinazione di questi due fattori ha quindi determinato un effetto di contrazione sulla spesa lorda.

Le Regioni che hanno stipulato nuovi accordi per la distribuzione per conto (come il Lazio, in cui un nuovo accordo, in vigore da maggio 2011, prevede che entrino in DPC tutti i farmaci in PHT con prezzo al pubblico superiore a € 25,00) presentano una contrazione più forte della spesa lorda e del costo medio lordo per confezione per i farmaci dispensati dalle farmacie aperte al pubblico in regime di convenzione.

Grafico 1

Spesa farmaceutica regionale pubblica lorda, consumi (numero di confezioni) e costo medio lordo per confezione (I Quad.2012-2011)*



* regioni disposte in ordine decrescente di costo medio per confezione

La Tabella 5 riporta il tasso di crescita regionale per le singole voci di mercato per farmaci non dispensati dalle farmacie aperte al pubblico (mercato per farmaci in distribuzione in nome e per conto, distribuzione diretta, inpatient ed outpatient). In linea con quanto sopra descritto, il mercato della DPC risulta ancora in crescita per via dei numerosi accordi regionali stipulati e rinnovati (cfr. Figura 3). Tale spesa è in aumento, in particolare:

- nel Lazio (Decreto del Commissario ad acta n. U0017 del 23 marzo 2011);
- in Campania (Determinazione n 3623 del 26 luglio 2011)
- in Emilia Romagna (integrazione del precedente accordo CPG/2012/1013 del 14 luglio 2011).

I dati regionali vanno comunque considerati in modo prudentiale, considerando la diversa rappresentatività del campione regionale IMS su questa voce di spesa.

Tabella 5

*Mercato regionale per i farmaci non dispensati dalle farmacie aperte al pubblico
(valori assoluti e var.% I semestre 2012 2011)*

Regione	Spesa non convenzionata totale		Inpatients		Outpatients		DD + DPC		DD		DPC	
	gen-giu 2012	var % 12/11	gen-giu 2012	var % 12/11	gen-giu 2012	var % 12/11	gen-giu 2012	var % 12/11	gen-giu 2012	var % 12/11	gen-giu 2012	var % 12/11
Piemonte + Valle d'Aosta	370	3,0%	150	-5,6%	34	11,3%	185	9,6%	139	12,0%	46	2,8%
Lombardia	703	6,4%	275	1,4%	131	25,8%	297	4,0%	242	4,1%	55	3,9%
Trentino AA	65	0,5%	29	-1,6%	4	-30,7%	32	9,2%	25	5,1%	7	25,2%
Veneto	352	3,5%	130	-0,3%	48	5,0%	174	6,1%	144	5,5%	29	9,4%
Friuli VG	92	3,8%	36	-2,9%	10	-5,4%	45	12,5%	43	8,6%	3	164,0%
Liguria	138	2,4%	56	-0,8%	18	23,2%	64	0,5%	50	0,5%	14	0,6%
Emilia R	359	8,1%	126	14,3%	52	43,4%	181	-2,6%	166	-4,6%	14	29,3%
Toscana + Umbria	439	13,0%	149	8,5%	70	33,1%	220	10,8%	154	13,8%	66	4,4%
Marche	126	5,9%	45	-1,7%	12	17,5%	69	9,6%	47	11,9%	22	5,1%
Lazio	493	11,5%	205	-6,6%	62	21,5%	225	31,7%	119	19,5%	107	48,6%
Abruzzo+Molise	117	13,6%	48	13,3%	5	34,0%	64	12,5%	59	13,7%	6	1,3%
Campania	384	15,1%	146	21,6%	38	-36,0%	200	29,6%	155	25,1%	45	47,8%
Puglia	317	4,0%	111	-0,3%	34	1,9%	172	7,3%	113	15,4%	59	-5,3%
Calabria + Basilicata	163	6,4%	64	-2,1%	7	2,0%	92	13,7%	54	17,1%	38	9,1%
Sicilia	299	4,5%	147	2,1%	20	1,4%	132	7,8%	132	7,8%	0	n.d.
Sardegna	126	-1,9%	42	2,0%	13	-6,0%	71	-3,3%	65	7,5%	6	-53,3%
Italia	4.543	7,2%	1.759	2,2%	559	12,0%	2.225	10,2%	1.706	9,4%	519	12,8%
Nord	2.079	5,0%	803	1,0%	298	19,9%	978	4,4%	809	3,7%	169	7,8%
Centro	1.057	11,4%	399	-0,9%	144	26,5%	514	18,9%	320	15,6%	195	24,9%
Sud	1.407	7,4%	558	6,4%	117	-14,5%	732	12,8%	578	15,0%	154	5,1%

Le previsioni di spesa per il periodo 2012-2014

La metodologia previsionale si è basata su un modello statistico di analisi delle serie storiche (di cui ai precedenti Report dell'Osservatorio Farmaci). Ai risultati del modello si sono aggiunte valutazioni sulla modifica del contesto regolatorio.

Rispetto al Report annuale per il 2011, gli elementi differenziali che sono stati presi in considerazione per l'analisi previsionale, oltre ai dati parziali per il 2012, all'aggiornamento dei dati sui brevetti di prossima scadenza ed all'implementazione di quanto previsto dalla Legge 214/2011 in materia di "*delisting*" di farmaci in Classe C (da etico a farmaco SP):

1. la Legge 135/2012 ("*Spending review*");
2. il recente Accordo tra Aifa e Associazioni di categoria (Assofarm, ADF, Federfarma e Federfarma Servizi) per la revisione del sistema di remunerazione delle farmacie aperte al pubblico e dei grossisti, accordo oggetto di valutazione critica da parte del Ministero della Salute e dell'Economia e Finanze;
3. la Legge 198/2012 ("Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute").

1. La spending review

Con riferimento alla Legge 135/2012, si ricorda che tale legge prevede:

- una riduzione del finanziamento, a cui concorre ordinariamente lo Stato, di 900 milioni di euro per il 2012, 1.800 milioni di euro per il 2013 e 2.000 milioni di euro per il 2014, con un evidente impatto sul finanziamento per l'assistenza farmaceutica territoriale ed ospedaliera;
- un incremento dello sconto a carico delle farmacie dall'1,82% al 2,25% a partire da luglio 2012;
- un aumento provvisorio (da luglio a dicembre 2012) dello sconto a carico delle imprese dal 1,83% al 4,1% per poi essere ripristinato all'1,83%;
- una rimodulazione dei tetti sulla spesa farmaceutica:
 - *tetto sulla spesa farmaceutica territoriale*, che passa dal 13,3% al 13,1% nel 2012 ed al 11,35% (al netto delle compartecipazioni a carico del paziente quale differenziale rispetto al prezzo di riferimento) a partire dal 2013. In caso di sfondamento, rimane attivo il sistema di *payback* attualmente in vigore. La norma precisa però che i ripiani alle regioni verranno attribuiti per il 25% in proporzione allo sfondamento del tetto nelle singole regioni e per il 75% in base alla quota di accesso delle regioni al riparto della quota indistinta;
 - *tetto sulla spesa farmaceutica ospedaliera*, che a partire dal 2013 aumenta dal 2,4% al 3,5%. La norma precisa che la fonte informativa della spesa farmaceutica ospedaliera è rappresentata dai modelli CE (Conto Economico) e che la spesa si calcola al netto di: i) DD e DPC dei farmaci in classe A; ii) vaccini; iii) per i medicinali ritenuti senza caratteristiche particolari (non cronici e rilevante interesse terapeutico), di fatto in classe C, e Otc; iv) preparazioni officinali/medicinali ospedaliere; v) medicinali esteri; vi) plasmaderivati. In caso di sfondamento di tale tetto di spesa, il 50% dello stesso è a carico delle imprese (al netto di *payback* e accordi di rimborsabilità condizionata) ed il 50% a carico delle Regioni che hanno superato il tetto di spesa, in proporzione ai rispettivi disavanzi, ma non di quelle che hanno fatto registrare un equilibrio economico

complessivo.

- la prescrizione per principio attivo, così specificata: *"Il medico che curi un paziente, per la prima volta, per una patologia cronica, ovvero per un nuovo episodio di patologia non cronica, per il cui trattamento sono disponibili più medicinali equivalenti, è tenuto a indicare nella ricetta del Servizio sanitario nazionale la sola denominazione del principio attivo contenuto nel farmaco. Il medico ha facoltà di indicare altresì la denominazione di uno specifico medicinale a base dello stesso principio attivo; tale indicazione è vincolante per il farmacista ove in essa sia inserita, corredata obbligatoriamente di una sintetica motivazione, la clausola di non sostituibilità"*.

Rispetto all'ultimo punto sono state previste modifiche, non sostanziali, che prevedono (Progetto di Legge AS3533) la possibilità del medico di prescrivere il nome commerciale, seguito dalla Denominazione Comune Internazionale. L'indicazione del medico sarebbe, secondo tale emendamento, vincolante per il farmacista anche nel caso in cui il prezzo del farmaco sia uguale al prezzo di riferimento, salvo diversa scelta del paziente.

2. Il cambiamento del sistema di remunerazione della distribuzione

La recente normativa prevede un cambiamento del sistema di remunerazione della farmacia aperta al pubblico. Il DL 68/2010, convertito in Legge 122/2010, ha previsto l'avvio di un Tavolo tecnico con la presenza di Ministero Salute, Ministero Economia e Finanze, AIFA e associazioni di categoria maggiormente rappresentative, per la revisione dei criteri di remunerazione basata su una fee fissa per prestazione in aggiunta ad una ridotta percentuale sul prezzo di riferimento del farmaco, che "stante la prospettata evoluzione del mercato farmaceutico", garantisca una riduzione della spesa per il SSN. Il Tavolo tecnico di fatto è stato istituito, ma non ha mai operato a causa del mancato coinvolgimento delle Regioni. La successiva Legge 135/2012 ha ripreso il tema della remunerazione prevedendo un cambiamento a decorrere dall'1/1/2013, ispirato a quanto previsto dalla Legge 122/2011, con Decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, previa intesa presso la Conferenza-Stato Regioni. Tale Decreto dovrebbe basarsi su un accordo tra AIFA e associazioni di categoria maggiormente rappresentative da emanare entro novanta giorni dalla pubblicazione in Gazzetta Ufficiale della legge (ovvero entro il 14/11/2012). L'Accordo è stato stipulato il 16 Ottobre 2012, ma contestato da Ministero Salute ed Economia e Finanze che hanno invitato AIFA a redigere una nuova proposta. Tale nuova proposta è stata presentata alle parti, ma non sottoscritta. Poiché l'accordo di fatto non è stato raggiunto, la normativa prevede che agisca direttamente il Ministro della Salute (sempre di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, previa intesa presso la Conferenza-Stato Regioni) sentite le Commissioni Parlamentari competenti.

Con l'entrata in vigore del nuovo metodo di remunerazione cesseranno sconti e trattenute a carico delle farmacie previste in caso di rimborso pubblico del farmaco. Viene anche esplicitato che il nuovo metodo di remunerazione deve essere riferito ai margini vigenti al 30/6/2012 e che dovrà essere garantita l'invarianza dei saldi di finanza pubblica.

3. La Legge "Balduzzi" (Legge 198/2012)

Recentemente (8 Novembre 2012) è stato convertito in legge il DL 158/2012 che prevede diverse misure in materia di assistenza farmaceutica con impatto però piuttosto incerto sulla spesa.

In primo luogo, viene previsto che *"al fine di garantire su tutto il territorio nazionale il rispetto dei livelli essenziali di assistenza, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sono tenute ad assicurare l'immediata disponibilità agli assistiti dei medicinali a carico del SSN erogati attraverso gli ospedali e le aziende sanitarie locali che, a giudizio della CTS dell'AIFA, possiedano, alla luce dei criteri predefiniti dalla medesima Commissione, il requisito della innovatività terapeutica (come definito dall'articolo 1, comma 1, dell'accordo sancito in sede di Conferenza Stato Regioni - 18 novembre 2010, n.197/CSR), indipendentemente dall'inserimento dei medicinali nei prontuari terapeutici ospedalieri o in altri analoghi elenchi predisposti dalle competenti autorità regionali"*. La novità rispetto a quanto già previsto in sede di Conferenza Stato-Regioni nel 2012 è una tempistica attesa di risposta alle contro-deduzioni regionali da parte della CTS in - massimo - 60 gg. Rimangono invece i criteri di innovatività importante o potenziale come fattori di eleggibilità all'uso, indipendentemente dall'inclusione nei prontuari. Viene inoltre previsto che *"quando una regione comunica all'AIFA dubbi sui requisiti di innovatività riconosciuti a un medicinale, fornendo la documentazione scientifica su cui si basa tale valutazione, l'AIFA sottopone alla Commissione consultiva tecnico-scientifica la questione affinché la riesamini entro 60 giorni dalla comunicazione regionale e esprima un motivato parere"*. E' infine prevista la costituzione di un tavolo permanente di monitoraggio dei prontuari ospedalieri, cui possono, in audizione, partecipare organizzazioni civiche di tutela del diritto alla salute.

Una seconda importante modifica è la prevista revisione del PFN entro fine Giugno 2013. Se tale revisione nella prima versione del DL prevedeva sia il *delisting* di farmaci che la rinegoziazione dei prezzi, quest'ultima non è stata confermata nella conversione in legge.

Infine, la legge prevede che le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano siano autorizzate a sperimentare, nei limiti delle loro disponibilità di bilancio, sistemi di riconfezionamento, anche personalizzato, e di distribuzione dei medicinali agli assistiti in trattamento presso strutture ospedaliere e residenziali, al fine di eliminare sprechi di prodotti e rischi di errori e di consumi impropri (nel rispetto delle norme di buona fabbricazione).

A partire da tali ipotesi di fondo e dalle misure in essere, si è adottato uno scenario a parità di condizioni regolatorie, includendo ovviamente quanto già previsto per legge, ad eccezione della Legge 198/2012, i cui effetti in termini quantitativi (revisione PFN, automatica disponibilità dell'innovazione importante e potenziale, possibilità di ri-confezionamento nella distribuzione ospedaliera ed in strutture residenziali) sono incerti data la genericità del dettato regolatorio.

Si è poi formulata un'ipotesi di impatto del nuovo accordo sui soli dati di spesa pubblica e di sfondamento dei tetti. Tale accordo risulta neutrale per i saldi di finanza pubblica (spesa convenzionata netta), ma vista la riformulazione dei sistemi di remunerazione, basata essenzialmente su quota fissa per confezione dispensata, è possibile che (i) vengano riallocati alcuni farmaci (ad alto prezzo) dalla distribuzione diretta alla convenzionata (con un conseguente lieve incremento della spesa territoriale), (ii) vengano rinegoziati gli accordi di distribuzione per conto qualora risultino non più vantaggiosi in termini economici, con effetti però nulli sulla spesa farmaceutica territoriale, se questo comporta una revisione dell'aggio delle farmacie in DPC (che non viene incluso nella spesa rendicontata come territoriale). Se invece gli accordi venissero aboliti e la spesa venisse gestita in regime di convenzione, per la stessa ragione di cui *supra*, l'impatto sarebbe espansivo sulla spesa territoriale, in quanto, a fronte dell'aumento della spesa convenzionata, non si avrebbe un calo della spesa per DPC.

Nello scenario a parità di condizioni regolatorie (ovvero in assenza di accordo sul nuovo sistema di distribuzione, ma con gli effetti della *spending review*, cfr *supra*), il mercato dei prodotti rimborsabili, così come la spesa farmaceutica lorda, saranno caratterizzati da una riduzione consistente nel 2012 (rispettivamente, -5,8% e -6,5%) e più contenuta nel 2013 (-2,3% e -2,9%) e 2014 (-1,8% e -1,9%).

Tali voci di spesa stanno risentendo delle misure di indirizzo del comportamento prescrittivo, dell'adozione sempre più spinta di forme alternative di distribuzione e della riduzione dei prezzi per effetto del taglio dei prezzi di riferimento e della genericazione di nuove molecole (che subirà tuttavia un sensibile rallentamento nei prossimi anni).

Rispetto al taglio del prezzo di riferimento, il graduale, ma lento, allineamento dei prezzi dei farmaci, ha generato, da un lato, un risparmio più contenuto rispetto a quanto previsto dalla Legge 122/2010 sul 2011 (600 milioni circa), trascinando l'effetto anche sul 2012, e dall'altro lato, un consistente incremento della compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini. Si prevede pertanto che anche nel 2012 l'importo complessivo delle compartecipazioni alla spesa registri valori piuttosto consistenti con un incremento complessivo del 15%, più accentuato nel primo trimestre del 2012 rispetto allo stesso periodo del 2011, quando il prezzo di riferimento era ancora ad un livello più elevato, e delle proiezioni contenute nel report annuale che davano un incremento vicino al 10%. Nello stesso tempo, l'introduzione dell'obbligo di prescrizione in forma di principio attivo sta generando una contrazione delle compartecipazioni legate al prezzo di riferimento, che dovrebbero rallentare ulteriormente la crescita nel 2013 e nel 2014.

L'aumento dello sconto a carico delle farmacie previsto dalla Legge 135/2012 dovrebbe avere un impatto limitato al secondo semestre dell'anno nel 2012 (passando dal 1,83% al 2,25%). Complessivamente, il contributo a carico della filiera dovrebbe ridursi nel 2012 rispetto al 2011 (-5,9%) per effetto della già discussa contrazione del mercato farmaceutico, pur in presenza di un incremento dello sconto nella seconda parte dell'anno.

Nel biennio successivo, con l'estensione dello sconto a tutto l'anno ed una contrazione del mercato più contenuta, il contributo a carico della filiera dovrebbe registrare un incremento del 5% nel 2013 e del 2,6% nel 2014. Si precisa (cfr. anche note a tabelle) che il dato relativo allo sconto riportato in tabella 6 non include l'impatto prodotto dallo sconto a carico delle imprese introdotto dalla Legge 122/2010, prima, ed incrementato dalla Legge 135/2012 poi, in quanto la base di calcolo delle proiezioni è rappresentata da dati di consuntivo di Federfarma che non colgono il contributo a carico delle imprese (ora del 1,83%).

Alla luce di tali tendenze, la spesa farmaceutica netta dovrebbe quindi ridursi sensibilmente nel 2012 (-9,3%) ed in modo più contenuto nel 2013 (-4,1%) e nel 2014 (-2,3%), quando le misure introdotte tra il 2011 ed il 2012 dovrebbero progressivamente entrare a regime ed il confronto intertemporale risultare più omogeneo. Il dato proiettivo risulta più accentuato di quanto previsto nel Report 29 per il 2012 (-7,7%), essenzialmente per effetto di una maggiore incidenza delle partecipazioni alla spesa.

Per quanto riguarda la spesa a carico del paziente, quella per prodotti non rimborsabili nel 2012 dovrebbe subire una lieve flessione (-1,6%). Il *delisting* (cfr *supra*) comporterà una sensibile contrazione del mercato dei farmaci etici non rimborsabili (-6,8%), controbilanciato solo in parte dall'incremento dei prodotti senza obbligo di prescrizione (+4%) in seguito alla riclassificazione in SP (+11,9%) dei prodotti "delistati". Gli anni successivi dovrebbero vedere il mercato dei prodotti non rimborsabili riprendere a crescere (+1,6% nel 2013 e +2,8% nel 2014), per effetto dell'assestamento a seguito della riclassificazione da etico non rimborsabili a farmaco SP. Si ricorda che i dati qui presentati riguardano i farmaci dispensati dalle farmacie aperte al pubblico. A seguito della parziale liberalizzazione delle vendite al di fuori del canale farmacie, una parte del mercato dei farmaci senza obbligo di prescrizione può non essere colta, a maggior ragione a seguito del *delisting*.

La spesa farmaceutica non convenzionata subirà un incremento superiore a quella convenzionata (Tabella 6), sebbene più contenuto rispetto a quanto avvenuto nel passato, per l'effetto che potrebbero generare le misure di razionalizzazione della spesa previste dalla Legge 135/2012 (dal 7% nel 2012 al 4,2% nel 2013, al 4,1% nel 2014).

Tabella 6

Proiezioni nazionali per il 2012-2014 su tutte le voci di spesa di farmaci dispensati e non dalle farmacie aperte al pubblico, a parità di condizioni regolatorie (valori assoluti - milioni di Euro – e variazioni percentuali).

Voci di spesa per farmaci		2011	2012	2013	2014	12/11	13/12	14/13
1=2+3	Spesa per farmaci rimborsabili lordo sconti, di cui	13.590	12.798	12.502	12.283	-5,8%	-2,3%	-1,8%
2	- Prescrizione / acquisto privati farmaci rimborsabili	1.226	1.239	1.277	1.266	1,1%	3,0%	-0,9%
3=4+5+6	- Spesa pubblica lorda, di cui	12.364	11.558	11.225	11.017	-6,5%	-2,9%	-1,9%
4	- Sconto totale (farmacie + imprese)	827	778	817	838	-5,9%	5,0%	2,6%
5=5a+5b	- Compartecipazioni alla spesa, di cui:	1.320	1.518	1.523	1.500	15,0%	0,3%	-1,5%
5a	a) Ticket	569	649	660	665	14,0%	1,7%	0,8%
5b	b) Differenziale sul prezzo di riferimento	751	869	863	835	15,7%	-0,7%	-3,3%
6=3-4-5	- Spesa farmaceutica convenzionata	10.217	9.262	8.885	8.679	-9,3%	-4,1%	-2,3%
7=8+9	Spesa per prodotti non rimborsabili, di cui	5.287	5.195	5.254	5.435	-1,7%	1,1%	3,5%
8	- Farmaci con obbligo di prescrizione	2.409	2.235	2.243	2.271	-7,2%	0,3%	1,3%
9 = 10+13	- Prodotti non soggetti all'obbligo di prescrizione, di cui	2.878	2.960	3.011	3.141	2,8%	1,7%	4,3%
10=11+12	- Farmaci, di cui	2.070	2.154	2.183	2.252	4,0%	1,3%	3,2%
11	a) SP	517	578	586	584	11,9%	1,4%	-0,3%
12	b) OTC	1.554	1.576	1.596	1.621	1,4%	1,3%	1,5%
13	- Altro	808	806	829	850	-0,3%	2,9%	2,6%
14=2+5+7	Spesa a carico del paziente	7.833	7.952	8.053	8.321	1,5%	1,3%	3,3%
15=6+14	Totale (al netto degli sconti farmacie e imprese)	18.050	17.215	16.938	17.373	-4,6%	-1,6%	2,6%
16	Spesa farmaceutica non convenzionata	7.585	8.114	8.456	8.801	7,0%	4,2%	4,1%
17=6+16	Spesa farmaceutica complessiva a carico del SSN	17.802	17.376	17.341	17.481	-2,4%	-0,2%	0,8%

Il dato di spesa convenzionata netta è al lordo dello sconto a carico delle imprese

Tabella 7

Proiezioni nazionali per il 2012-2014 su tutte le voci di consumo (numero confezioni) di farmaci dispensati dalle farmacie aperte al pubblico, a parità di condizioni regolatorie (valori assoluti - milioni di confezioni – e variazioni percentuali).

Voci di consumo per farmaci dispensati dalle farmacie aperte al pubblico		2012	2013	2014	12/11	13/12	14/13
1=2+3	Farmaci rimborsabili	1.296	1.336	1.374	3,1%	3,1%	2,8%
2	A carico SSN	1.177	1.201	1.216	2,4%	2,0%	1,3%
3	Prescrizione / acquisto privati farmaci rimborsabili	200	210	216	13,0%	5,1%	2,7%
4=5+6	Prodotti non rimborsabili	585	577	570	-2,0%	-1,4%	-1,2%
5	Farmaci con obbligo di prescrizione (etici)	266	263	260	-6,6%	-1,3%	-1,1%
6=7+10	Prodotti non soggetti ad obbligo di prescrizione, di cui	319	314	310	2,5%	-1,6%	-1,3%
7=8+9	- Farmaci, di cui	295	290	285	2,5%	-1,8%	-1,5%
8	a) SP	69	65	62	-5,6%	-5,0%	-4,8%
9	b) OTC	226	224	223	5,7%	-0,9%	-0,6%
10	- Altro	24	24	25	2,7%	2,0%	2,0%
11=3+4	A carico del paziente	785	787	786	1,4%	0,2%	-0,1%
12=2+11	Totale	1.962	1.988	2.002	2,0%	1,3%	0,7%
8	Numero ricette (a carico SSN)	602	611	619	2,1%	1,5%	1,2%

Nella Tabella 8 si propone una stima dell'andamento della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera rispetto ai corrispondenti tetti dal 2012 al 2014. Si ricorda che il dato di spesa farmaceutica convenzionata netta qui riportata come consuntivo 2011 (e previsioni per il biennio successivo) include lo sconto dell'1,83% a carico delle imprese (temporaneamente aumentato nella seconda metà del 2012).

La spesa farmaceutica territoriale si dovrebbe attestare nel 2012 al 12,6% al netto dello sconto a carico delle imprese (ma non del payback pari a circa 180 milioni di Euro) rispetto al tetto (del 13,1%) con un risparmio di 733 milioni di euro (incluso il payback). Nel 2013 e 2014, in corrispondenza della riduzione del tetto all'11,35% (cfr *supra*), l'incidenza della spesa farmaceutica territoriale al netto dello sconto dovrebbe attestarsi all'11,9%, producendo pertanto uno sfondamento di circa 438 milioni al netto dello sconto a carico delle imprese e del payback. Tale andamento trova giustificazione in parte nella contrazione della spesa farmaceutica convenzionata (cfr *supra*) ed in parte nella rideterminazione del tetto nella misura del 11,35% che, in valori assoluti, corrisponde a circa 2 miliardi di euro di risorse in meno rispetto al 2012 e 160 milioni in meno rispetto all'ipotesi originaria del decreto del 11,5%. Si ricorda che a partire dal 2013 nel calcolo della territoriale non rientrerà la compartecipazione al prezzo di riferimento a carico dei cittadini che, in base ai dati del Rapporto Osmed, nel 2011 incide, sul totale delle compartecipazioni, per il 56,9%. A partire da tale dato e dal trend di mercato si sono proposte nella tabella 8 le stime Osfar relative alla quota fissa delle compartecipazioni rientranti nelle logiche di tetto.

La spesa per distribuzione diretta e DPC dovrebbe registrare tassi di crescita positivi (7,6% nel 2012, 7,9% nel 2013 e 5% nel 2014) per il continuo investimento da parte delle regioni in forme alternative di distribuzione dei farmaci (si ricorda a tale proposito che la simulazione è effettuata senza considerare gli effetti dell'accordo per la remunerazione delle farmacie aperte al pubblico).

La spesa farmaceutica ospedaliera nel 2012 dovrebbe sfondare il tetto di oltre 1,3 miliardi al netto del payback, arrivando a rappresentare il 3,8% rispetto al finanziamento a cui concorre ordinariamente lo Stato (al lordo del payback), tenuto conto dell'andamento della spesa farmaceutica non convenzionata, dell'incremento dell'incidenza della DD e DPC e della riduzione del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato (come previsto dal DL 95/2012). Nel biennio successivo la spesa farmaceutica ospedaliera dovrebbe incidere sul finanziamento del 3,9% nel 2013 e del 4% nel 2014, producendo uno sfondamento più contenuto (rispettivamente 387 e 441 milioni di euro) rispetto ad un tetto più alto (dal 2,4% al 3,5%) che mette a disposizione risorse aggiuntive rispetto al 2011 per circa 1,166 miliardi di euro e 320 milioni di euro rispetto all'ipotesi originaria del 3,2%. Si ricorda che a partire dal 2013, come previsto dalla Legge 135/2012, lo sfondamento sull'ospedaliera, rispetto al quale sono corresponsabili al 50% imprese farmaceutiche e Regioni, sarà calcolato al netto degli importi corrispondenti alle somme:

- versate dalle aziende farmaceutiche per la sospensione della riduzione del 5% dei prezzi dei farmaci;
- restituite dalle aziende farmaceutiche alle Regioni con il pay back;
- restituite dalle aziende farmaceutiche, anche come extra-sconti, alle Regioni in applicazione di procedure di rimborsabilità condizionata (*payment by results, risk sharing e cost sharing*).

Rispetto all'ultimo punto, si ricorda come, in sede di tavolo di negoziazione per la rideterminazione del sistema di tetti, l'AIFA abbia ipotizzato l'attivazione dell'obbligo di applicazione da parte delle Regioni degli strumenti di rimborso condizionato, ipotizzando che ciò potesse generare un risparmio atteso di 150 milioni di euro l'anno a partire dal 2012. Pertanto, tenuto conto di tali valori lo sfondamento prodotto dalla spesa farmaceutica ospedaliera di competenza delle imprese dovrebbe sostanzialmente azzerarsi.

Tabella 8

Spesa farmaceutica e tetti sulla spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera 2011-2014, a parità di condizioni regolatorie

	2011	2012	2013	2014	2012	2013	2014
<i>Finanziamento SSN</i>	106.265	107.165	106.164	107.084	0,8%	-0,9%	0,9%
Tetto farmaceutica territoriale	14.133	14.039	12.050	12.154	-0,7%	-14,2%	0,9%
- % Finanziamento	13,3%	13,1%	11,35%	11,35%	-	-	-
Farmaceutica territoriale (a+b+c)	14.175	13.458	12.634	12.570	-5,1%	-6,1%	-0,5%
- Convenzionata (proiezioni lordo sconto imprese)	10.217	9.281	8.945	8.712	-9,2%	-3,6%	-2,6%
- Sconto imprese (1,83% / 4,12%)	195	294	170	166	51,0%	-42,0%	-2,6%
a) Convenzionata (netto sconti)	10.023	8.987	8.775	8.546	-10,3%	-2,4%	-2,6%
b) DD+DPC	2.832	3.046	3.286	3.451	7,6%	7,9%	5,0%
c) Compartecipazioni totali	1.320	1.426	572	573	8,0%	-	0,1%
- Compartecipazioni regionali	569	571	572	573	0,4%	0,2%	0,1%
- Compartecipazioni al PR	751	854	-	-	13,7%	-	-
- % Farmaceutica territoriale su fin.	13,3%	12,6%	11,9%	11,7%	-	-	-
Payback imprese 5% (-)	182	153	146	138	-	-	-
Sfondamento tetto territoriale (se +)	- 140	- 733	438	277	-	-	-
Tetto farmaceutica ospedaliera	2.550	2.572	3.716	3.748	0,8%	44,5%	0,9%
- % Finanziamento	2,4%	2,4%	3,5%	3,5%	-	-	-
Farmaceutica ospedaliera	3.882	4.033	4.179	4.266	3,9%	3,6%	2,1%
- % Finanziamento	3,7%	3,8%	3,9%	4,0%	-	-	-
Payback imprese 5% + risk-sharing (-)	101	73	76	77	-	-	-
Sfondamento tetto ospedaliera (se +)	1.230	1.388	387	441	-	-	-
Tetto complessivo	16.684	16.611	15.765	15.902	-0,4%	-5,1%	0,9%
- % Finanziamento	15,7%	15,5%	14,9%	14,9%	-	-	-
Sfondamento tetto complessivo (se +)	1.090	655	826	718	-	-	-

Il dato di spesa convenzionata netta è al netto dello sconto a carico delle imprese

Infine, il nuovo sistema di remunerazione delle farmacie aperte al pubblico dovrebbe comportare un effetto non particolarmente rilevante. La principale conseguenza è rappresentata dalla possibile riallocazione della spesa dalla diretta (e, forse, per conto) alla convenzionata, con un trend di spesa territoriale leggermente più espansivo rispetto a quanto avverrebbe in condizioni di parità regolatorie

Tabella 9

Spesa farmaceutica e tetti sulla spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera 2013-2014, con gli effetti presunti dell'accordo con le farmacie aperte al pubblico

	2013	2014	2013	2014
Finanziamento SSN	106.764	108.084	106.764	108.084
Tetto farmaceutica territoriale	12.118	12.268	-13,6%	1,2%
- % Finanziamento	11,35%	11,35%	-	-
Farmaceutica territoriale	12.646	12.703	-6,8%	0,5%
- Convenzionata (netto sconti)	8.867	9.227	-1,1%	4,1%
- Distribuzione diretta (inclusa la DPC)	3.120	2.811	1,1%	-9,9%
- Compartecipazioni totali	1.539	1.547	0,9%	0,5%
a. Compartecipazioni regionali	660	665	1,7%	0,8%
b. Compartecipazioni al PR	880	882	0,3%	0,3%
- % Finanziamento	11,8%	11,8%	-	-
Payback imprese (-)	-169	-171	-6,1%	1,2%
Sfondamento tetto territoriale (se +)	359	265	-	-
Tetto farmaceutica ospedaliera	3.737	3.783	45,3%	1,2%
- % Finanziamento	3,5%	3,5%	-	-
Farmaceutica ospedaliera	4.104	4.168	2,4%	1,6%
- % Finanziamento	3,8%	3,9%	-	-
Payback imprese (-)	- 143	- 146	-	-
Sfondamento tetto ospedaliera (se +)	224	240	-	-
Tetto complessivo	15.854	16.050	-	-
- % Finanziamento	14,9%	14,9%	-	-
Sfondamento tetto complessivo (se +)	583	505	-	-

Il dato di spesa convenzionata netta è al netto dello sconto a carico delle imprese