



CERGAS

Osservatorio Farmaci

REPORT N° 15

(EXECUTIVE SUMMARY)

Aprile 2005

Osservatorio Farmaci

Report N° 15 - Executive Summary

Nel presente documento vengono illustrati i principali risultati contenuti nel Report n° 15 dell'Osservatorio Farmaci, 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.info). Dettagli su fonti informative e criteri di elaborazione vengono forniti comunque in calce alle tabelle / grafici interessati.

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

- *si riferisce all'assistenza farmaceutica (a carico del SSN e dei pazienti) erogata tramite le farmacie territoriali (escludendo quindi gli acquisti diretti da parte delle aziende sanitarie, sia che i farmaci vengano utilizzati in ambito ospedaliero, sia che vengano dispensati sul territorio);*
- *utilizza come fonte dei dati (i) di spesa e consumo complessivi IMS Health (sell-in farmacia, prodotti con Autorizzazione all'Immissione in Commercio) (ii) di spesa rimborsata dal SSN Federfarma (sell out rimborsato desunto dalle Distinte Contabili Riepilogative) (nella Sezione Introduttiva vengono analiticamente analizzate le problematiche derivanti dal confronto tra le due fonti). In generale i dati sono stati ottenuti direttamente dalle relative fonti, esclusi: il dato di spesa per farmaci rimborsabili acquistati privatamente (ottenuto come differenza contabile tra i dati IMS Health ed i dati Federfarma); lo split (stimato direttamente dall'Osservatorio Farmaci) effettuato sui farmaci in Classe A tra consumi a carico del SSN e dato di acquisto privato;*
- *utilizza come fonte prevalente dei dati internazionali il Database OCSE (OECD Health Data, 2004): per quanto concerne la spesa farmaceutica complessiva tali dati vengono confrontati con altre fonti informative (essenzialmente IMS Health o dati IMS Health rielaborati da altri soggetti) ai fini di una più consapevole valutazione del dato italiano nel contesto internazionale. Il Database OCSE è aggiornato al 2002. Tuttavia l'analisi temporale relativa alla spesa farmaceutica pubblica per i principali Paesi UE si è spinta al 2003-2004, utilizzando le proiezioni diffuse sulla stampa internazionale (in particolare, Scrip).*

Il Report contiene, oltre ai dati di spesa farmaceutica (Sezione Terza - spesa farmaceutica complessiva; Sezione Quarta - spesa farmaceutica pubblica; Sezione Quinta - spesa farmaceutica a carico di pazienti; Sezione Sesta - spesa farmaceutica a livello regionale; Sezione Settima - proiezioni per il biennio 2005-2006), un'analisi comparata a livello internazionale (Sezione Prima) con dati macroeconomici, indicatori dei sistemi sanitari UE e USA, dati di spesa sanitaria e dati di spesa farmaceutica ed una Sezione Seconda con dati aggiornati sul Servizio Sanitario Nazionale. Quest'ultima è ancora "in progress" in quanto non sono ancora pervenuti dal Ministero della Salute i dati 2004 di spesa sanitaria.

I consuntivi 2004: i dati nazionali ed un confronto internazionale

Nel corso del 2004, la spesa farmaceutica totale ha subito un incremento pari al 3,7%, esattamente quanto previsto dall'Osservatorio Farmaci nell'ultimo Report (Report 14) (Tabella 1). Il mix pubblico/privato della spesa si è sensibilmente modificato. La spesa a carico del SSN ha registrato un incremento dell'8% con una corrispondente riduzione di quella a carico del paziente del 3,4%. Il livello di copertura pubblico è conseguentemente aumentato passando dal 61,6% al 64,2%. Tutte le componenti di spesa privata hanno subito, contrariamente a quanto avvenuto nel 2003, una flessione, dall'acquisto privato di prodotti rimborsabili, alle compartecipazioni alla spesa su farmaci rimborsati (tali componenti della spesa sono strettamente collegate tra loro, come ampiamente documentato nei precedenti report dell'Osservatorio) alla spesa per farmaci non rimborsabili (la cui contrazione è stata superiore a quanto originariamente previsto dall'Osservatorio Farmaci).

Lo sfondamento del tetto di spesa previsto dalla Legge 202/2004 (calcolato come incidenza tra spesa farmaceutica convenzionata e assegnazioni complessive per il SSN) è pari a 1,3 miliardi di Euro circa, di molto superiore al 2003, per effetto dell'aumento della spesa farmaceutica più consistente rispetto alle assegnazioni complessive per la sanità. Com'è noto l'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco), ha mantenuto nel 2005 lo sconto obbligatorio a carico delle imprese (che ha generato nel secondo semestre del 2004 un aumento sensibile dell'onere a carico della filiera del farmaco) ed ha introdotto nuove misure di contenimento della spesa (revisione del PFN -

Prontuario Farmaceutico Nazionale) che, secondo le stime pubblicate dalla stessa AIFA sul proprio sito, andrebbero a coprire la quota parte non a carico delle regioni (60%) dello sfondamento 2004. Nella presunzione che nel 2005 si arrivi a rispettare il tetto del 13% (presunzione che, a giudizio dell'Osservatorio Farmaci, è ottimistica) le misure implementate andrebbero quindi a coprire lo sfondamento 2004. Si osserva anche che se le stime di spesa sanitaria per il 2004 contenute nel DPEF venissero confermate dai dati del Ministero della Salute, l'incidenza della spesa farmaceutica convenzionata si manterrebbe stabile al 13,4% e, quindi, non molto lontana dal tetto del 13% (se riferito alla spesa sanitaria e non alle assegnazioni).

Tabella 1
Composizione ed indicatori della spesa per farmaci erogati dalle farmacie territoriali
(milioni di Euro)

Componenti ed indicatori di spesa farmaceutica		2004	2003	var %	Previsione Report 14
1=2+3	Spesa per farmaci rimborsabili al lordo degli sconti a carico farmacie ed imprese	14.117	13.079	7,9%	7,0%
2	Prescrizione / acquisto privati farmaci rimborsabili	625	731	-14,5%	-11,5%
3=4+5+6	Spesa pubblica lorda	13.493	12.348	9,3%	8,1%
4	Sconto totale	909	617	47,2%	44,1%
4bis	- Sconto a carico delle farmacie	677	617	9,7%	9,5%
4ter	- Sconto a carico delle imprese	232	0	-	-
5	Compartecipazioni alla spesa	602	642	-6,2%	-8,5%
6=3-4-5	Spesa a carico del SSN (SSN netta)	11.982	11.089	8,0%	7,1%
7=8+9	Spesa per prodotti non rimborsabili	5.441	5.529	-1,6%	0,3%
8	Farmaci etici non rimborsabili	3.014	3.090	-2,5%	-0,8%
9 = 10+13	Prodotti non soggetti all'obbligo di prescrizione, di cui	2.427	2.439	-0,5%	1,7%
10=11+12	- Farmaci, di cui	2.031	2.076	-2,1%	0,6%
11	a) SP	525	556	-5,6%	-4,5%
12	b) OTC	1.506	1.520	-0,9%	2,5%
13	- Altro	396	363	8,9%	7,4%
14=2+5+7	Spesa a carico del paziente	6.667	6.901	-3,4%	-1,8%
15=6+14	Totale (al netto dello sconto farmacie e imprese)	18.649	17.990	3,7%	3,7%
6/15	SSN netta / Totale (al netto dello sconto farmacie ed imprese)	64,2%	61,6%	-	63,6%
6/(1-4+8)	SSN netta / Totale etici (al netto dello sconto farmacie ed imprese)	73,9%	71,3%	-	73,4%
6/(1-4)	SSN netta / Totale rimborsabili (al netto dello sconto farmacie ed imprese)	90,7%	89,0%	-	90,6%
16	Totale spesa sanitaria corrente SSN (DPEF per 04)	89.650	82.919	8,1%	-
17	Totale finanziamento corrente SSN	81.837	79.576	2,8%	-
18=17*0,13	Tetto farmaceutica (13% del finanziamento)	10.639	10.345	2,8%	-
6/16	SSN netta / Totale spesa sanitaria corrente SSN	13,4%	13,4%	-	-
6/17	SSN netta / Totale finanziamento corrente SSN	14,6%	13,9%	-	-
19=6-18	Sfondamento tetto di spesa	1.343	744	-	-

Il dato di spesa sanitaria pubblica corrente è stimato per il 2004 (dato DPEF). Il finanziamento corrente complessivo include anche le risorse per enti centrali (ad esempio, Croce Rossa Italiana). Il dato sullo sconto a carico delle imprese è stato fornito da IMS Health, in quanto non disponibile dai dati Federfarma.

L'incremento della spesa per prodotti rimborsabili, come era stato previsto dall'Osservatorio, è in gran parte imputabile all'aumento dei volumi di vendita (Tabella 2), mentre minori sono stati l'effetto prezzi e la variazione del mix prescrittivo a favore di farmaci più costosi (cfr. Report, Sezione Seconda). Le confezioni per prodotti rimborsabili sono complessivamente aumentate del 4,6%, con un incremento vicino al 6% per quelle rimborsate dal SSN.

Tabella 2
Composizione ed indicatori dei consumi per farmaci erogati dalle farmacie territoriali
(milioni di confezioni)

Componenti ed indicatori di consumi farmaceutici		2003	2004	var %	Previsione Report 14
1=2+3	Farmaci rimborsabili	933,9	976,5	4,8%	4,8%
2	A carico SSN	879,2	930,7	5,9%	5,6%
3	Prescrizione / acquisto privati farmaci rimborsabili	54,7	45,8	-16,2%	-8,7%
4=5+6	Prodotti non rimborsabili	654,1	617,8	-5,6%	-3,6%
5	Farmaci con obbligo di prescrizione (etici)	316,4	297,5	-6,0%	-4,5%
6=7+10	Prodotti non soggetti ad obbligo di prescrizione, di cui	337,7	320,1	-5,2%	-2,8%
7=8+9	- Farmaci, di cui	317,1	299,5	-5,6%	-3,2%
8	a) SP	78,4	72,0	-8,1%	-8,2%
9	b) OTC	238,7	227,5	-4,7%	-1,5%
10	- Altro	20,7	20,6	-0,3%	2,5%
11=3+4	A carico del paziente	708,8	663,4	-6,4%	-4,0%
12=2+11	Totale	1.588,0	1.594,1	0,4%	1,3%
2/12	SSN / Totale	55,4%	58,4%	-	-
2/(1+5)	SSN / Totale etici	70,3%	73,1%	-	-
2/1	SSN / Totale rimborsabili	94,1%	95,3%	-	-
8	Numero ricette (a carico SSN)	439,0	469,0	6,9%	6,1%
9=2/8	Confezioni per ricetta (a carico SSN)	2,00	1,98	-0,9%	-

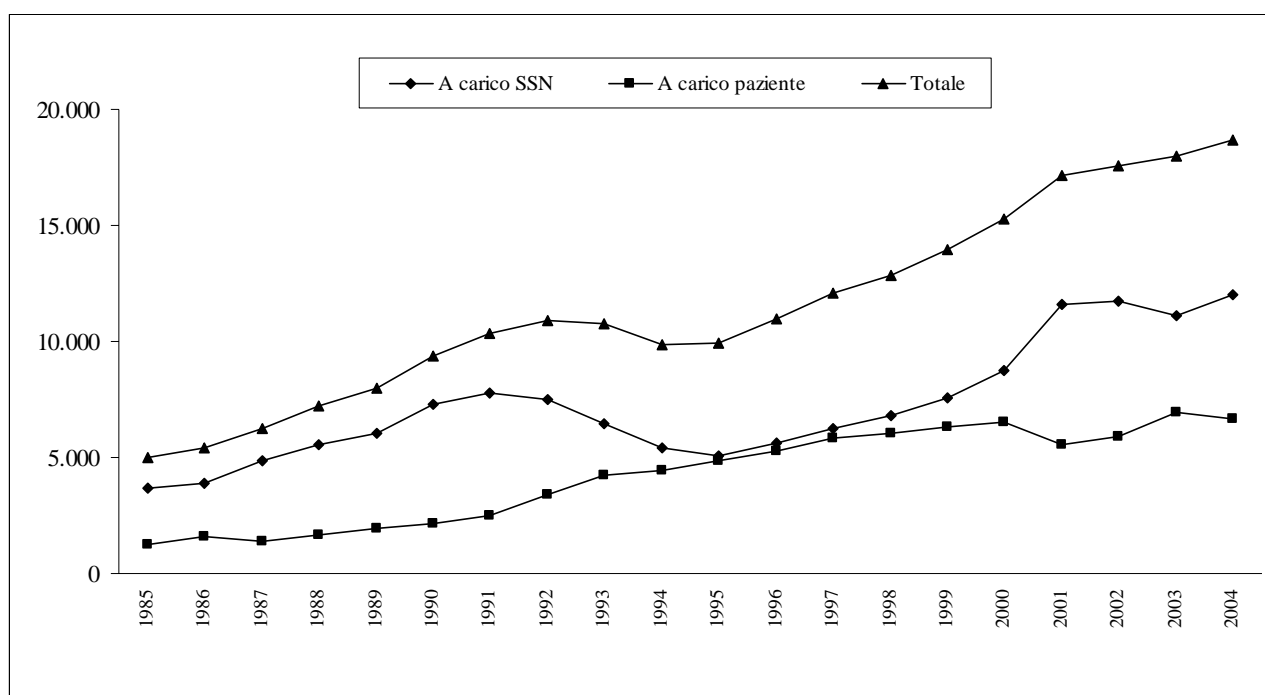
La scomposizione dei consumi per prodotti rimborsabili in prodotti rimborsati ed acquisto privato di farmaci rimborsabili è stimata dall'Osservatorio Farmaci.

Se si considera il trend di lungo periodo della spesa per farmaci dispensati dalle farmacie sul territorio (Grafico 1), si osserva la notevole erraticità dell'andamento della spesa nel suo complesso e della componente pubblica e privata, erraticità legata soprattutto alle frequenti azioni di contenimento della spesa pubblica, che si sono tradotte a volte in una riduzione del tasso di crescita di quella complessiva (si pensi ad azioni sui prezzi) ed a volte in un trasferimento dell'onere sui cittadini (si pensi ad azioni di delisting o ad aumenti delle compartecipazioni alla spesa):

- la seconda metà degli anni '80 ed i primi anni '90 sono stati caratterizzati da alti tassi di crescita della spesa complessiva e da una notevole divaricazione tra la componente pubblica e privata;
- dal 1992 il trend di crescita della spesa complessiva si è ridotto (fino a diventare negativo) e le due componenti di spesa si sono avvicinate sino ad assumere quasi lo stesso valore nel 1995;
- dal 1996, archiviata la fase di contenimento della spesa, sia la componente pubblica sia quella privata di spesa hanno ricominciato a crescere ad un tasso sostanzialmente analogo fino al 1998;
- dal 1998, ma in modo ancor più evidente nel 1999, nel 2000 e, in misura poi eclatante nel 2001, le due componenti di spesa (spesa a carico del SSN e spesa privata) hanno iniziato ad assumere un trend di crescita disallineato, con una spesa pubblica caratterizzata da un tasso di crescita significativamente superiore a quello della spesa privata;
- nel biennio successivo al 2001 si è assistito ad una nuova inversione di tendenza, con un rallentamento della crescita della spesa complessiva ed un aumento più sostenuto della spesa privata;
- il 2004 ha rappresentato un anno di ripresa della spesa pubblica e di calo della spesa privata, in un contesto di crescita piuttosto limitata della spesa complessiva.

Grafico 1

Spesa per farmaci erogati dalle farmacie territoriali totale, a carico del SSN ed a carico del paziente: il trend di lungo periodo (milioni di Euro)

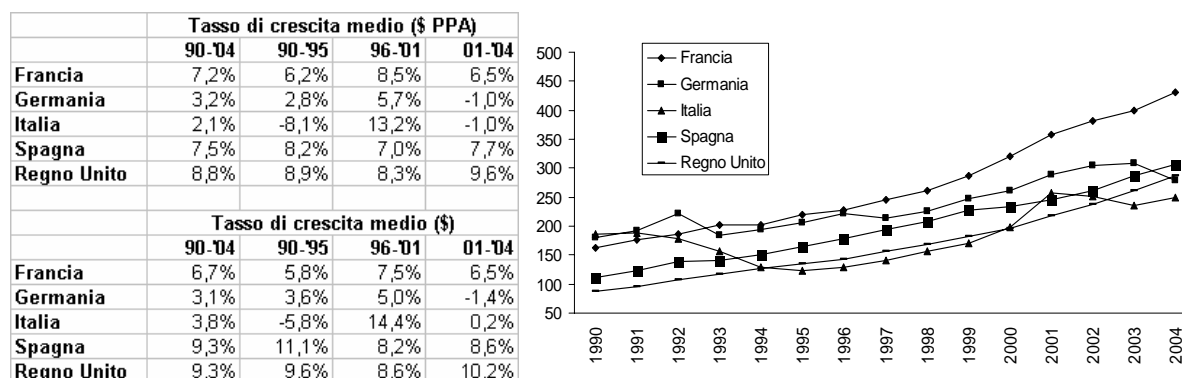


E' interessante osservare tale trend in termini comparati con i principali Paesi UE e con riferimento alla sola componente pubblica¹ (Grafico 2). Si osserva come l'Italia (rispetto agli altri paesi):

- da una parte presenti uno dei più bassi tassi di crescita medio dall'inizio degli anni '90 (il più basso se si fa riferimento alla spesa espressa in \$ Parità dei Poteri di Acquisto);
- e dall'altra come tale trend di crescita sia il risultato di anni caratterizzati da azioni sostenute di contenimento (prima metà degli anni '90 e periodo successivo al 2001) ed anni in cui si è assistito ad una decisa espansione della spesa pubblica (essenzialmente il periodo compreso tra il 1996 ed il 2001).

Grafico 2

Spesa procapite pubblica per farmaci erogati dalle farmacie territoriali nei principali Paesi UE (\$ PPA)



PPA = Parità dei Poteri d'Acquisto.

¹ Si rimanda al report per un confronto internazionale più completo, esteso anche alla spesa farmaceutica complessiva ed alle problematiche relative alle singole fonti informative.

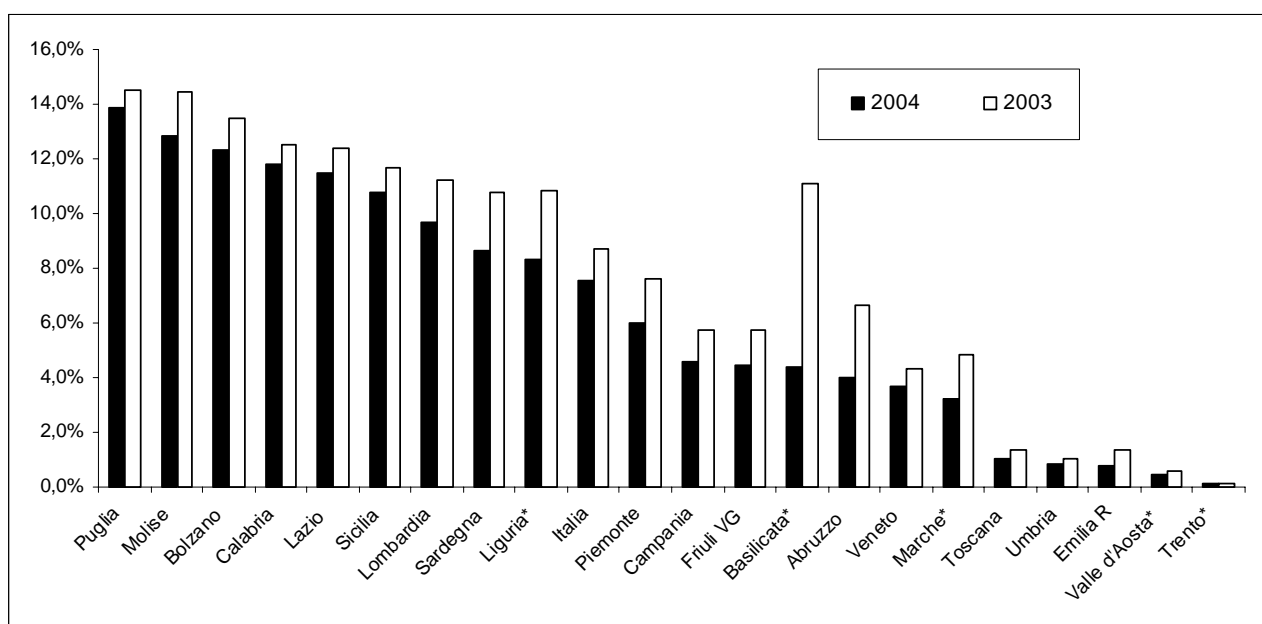
I consuntivi del 2004: i dati regionali

Nel 2004 è proseguito il processo di differenziazione delle politiche regionali. Le principali novità sono rappresentate:

- dalla riduzione delle compartecipazioni alla spesa, dovute essenzialmente a provvedimenti regionali che hanno aumentato il regime di esenzioni, con un prevalente effetto di trasferimento dell'onere dai pazienti al SSN (tale effetto è stato particolarmente evidente in Regione Sicilia, in cui l'incidenza delle compartecipazioni alla spesa rispetto alla spesa pubblica lorda è passata dal 7,4% al 4,2%);
- da aumento tendenziale delle iniziative di distribuzione diretta dei farmaci (soprattutto in quelle regioni, come la Basilicata e la Liguria, in cui sono stati stipulati a fine 2003 o nel corso del 2004 accordi con la distribuzione), con un effetto di riduzione della spesa per farmaci dispensati dalle farmacie territoriali secondo il tradizionale canale distributivo. Il Grafico 3 evidenzia indirettamente l'entità del fenomeno della distribuzione diretta (ed in particolare le regioni in cui tale distribuzione ha subito l'aumento più consistente nel 2004) mostrando l'incidenza della spesa per farmaci distribuiti in regime di convenzione in Allegato 2 al DM 22-12-2000 (ampliato da Ottobre 2004, attraverso il nuovo P-HT).

Grafico 3

La spesa pubblica lorda per farmaci in Allegato II al DM 22/12/00 (farmaci a doppia via di distribuzione): incidenza sulla spesa farmaceutica pubblica lorda totale



* Regioni che nel 2004 avevano attivi accordi con la distribuzione

Nella Sezione Sesta del Report vengono riportati nel dettaglio tutti i dati regionali relativi alle diverse componenti di spesa per farmaci rimborsabili prescritti a carico del SSN (spesa lorda, sconto a carico delle farmacie, compartecipazioni alla spesa, spesa netta) e di spesa privata (oltre alle compartecipazioni alla spesa su prodotti rimborsabili, l'acquisto/prescrizione privati di farmaci rimborsabili, la spesa per prodotti non rimborsabili). I dati sulla componente pubblica sono già stati pubblicati dalla stampa e sono peraltro disponibili sul sito di Federfarma (www.federfarma.it). In questa sede ci sembra opportuno riportare i dati di sintesi sul mix pubblico-privato della spesa a livello regionale, il posizionamento delle regioni rispetto al tetto del 13% ed una riflessione sull'andamento della spesa pubblica lorda nel triennio 2002-2004, triennio caratterizzato da decise differenziazioni nelle politiche regionali.

Tabella 3

La spesa totale, a carico del SSN ed a carico dei pazienti per farmaci dispensati dalle farmacie territoriali (2004)

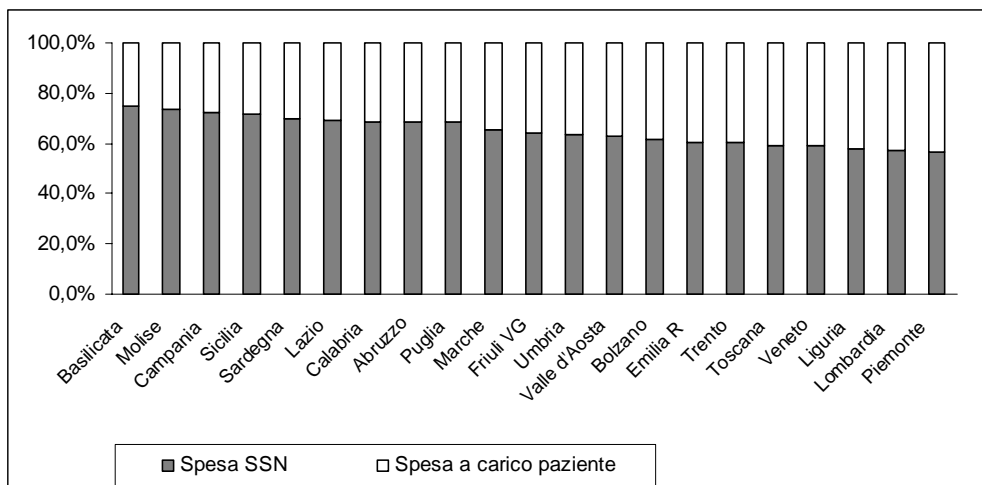
Regione	Spesa totale		Spesa a carico SSN		Spesa a carico del paziente	
	2004 (Euro)	04/03	2004 (Euro)	04/03	2004 (Euro)	04/03
Piemonte	1.325,7	2,7%	749,2	5,7%	576,5	-0,9%
Valle d'Aosta	36,9	2,6%	23,1	9,1%	13,8	-6,8%
Lombardia	2.873,2	3,3%	1.638,5	8,4%	1.234,7	-2,7%
Bolzano	119,4	-2,4%	73,9	4,7%	45,5	-12,1%
Trento	130,6	3,0%	78,6	9,5%	52,0	-5,4%
Veneto	1.333,6	4,2%	788,9	9,1%	544,7	-2,2%
Friuli VG	361,7	3,9%	232,6	7,9%	129,1	-2,6%
Liguria	648,3	2,8%	377,1	7,0%	271,2	-2,6%
Emilia R	1.326,6	2,0%	803,3	5,2%	523,3	-2,6%
Toscana	1.140,1	2,9%	676,1	6,2%	463,9	-1,6%
Umbria	260,0	1,2%	164,6	4,5%	95,4	-4,2%
Marche	462,3	3,1%	303,0	5,5%	159,3	-1,1%
Lazio	2.029,1	7,3%	1.404,7	11,2%	624,3	-0,8%
Abruzzo	400,8	-1,3%	275,1	-0,1%	125,6	-4,0%
Molise	96,4	3,2%	70,7	4,0%	25,7	1,1%
Campania	1.729,7	3,5%	1.254,3	7,5%	475,4	-5,7%
Puglia	1.254,6	4,4%	860,3	9,0%	394,3	-4,5%
Basilicata	165,4	-2,6%	123,5	-1,4%	42,0	-5,9%
Calabria	646,8	3,1%	444,4	5,1%	202,3	-1,1%
Sicilia	1.773,2	5,2%	1.267,0	14,2%	506,2	-12,0%
Sardegna	534,5	4,0%	372,7	6,6%	161,8	-1,7%
Italia	18.648,8	3,7%	11.981,8	8,0%	6.667,1	-3,4%
Nord	8.156,0	3,0%	4.765,3	7,4%	3.390,7	-2,5%
Centro	3.891,4	5,0%	2.548,5	8,7%	1.343,0	-1,3%
Sud e Isole	6.601,4	3,6%	4.668,0	8,4%	1.933,4	-6,3%

L'andamento della spesa complessiva, pubblica e privata (Tabella 3)² risente delle differenti politiche implementate a livello regionale. Nelle regioni in cui le compartecipazioni alla spesa si sono ridotte (ad esempio, Sicilia e Lombardia) o l'effetto delle compartecipazioni si è gradualmente riassorbito (ad esempio, Lazio) si è assistito ad un aumento superiore alla media nazionale della spesa a carico del SSN. La spesa complessiva, sempre riferita ai farmaci dispensati dalle farmacie convenzionate, ha subito una minore crescita (o un maggiore calo) in quelle realtà regionali (quali Abruzzo e Basilicata) che hanno maggiormente puntato nel 2004 sull'adozione di particolari modalità distributive dei farmaci.

Per quanto vi siano state delle forti differenziazioni nel trend regionale (con comportamenti difforni nelle stesse aree geografiche), rimangono sostanziali differenze nel livello di copertura pubblica complessiva della spesa farmaceutica, più elevato al Sud che al Centro-Nord (Grafico 4). Ciò è il risultato, soprattutto, di una più bassa propensione all'acquisto privato di farmaci rimborsabili (anche per un possibile minore controllo sul rispetto delle Note AIFA) e all'acquisto di farmaci senza obbligo di prescrizione per patologie minori (che deriva, tra gli altri fattori, dalle meno favorevoli condizioni socio-economiche).

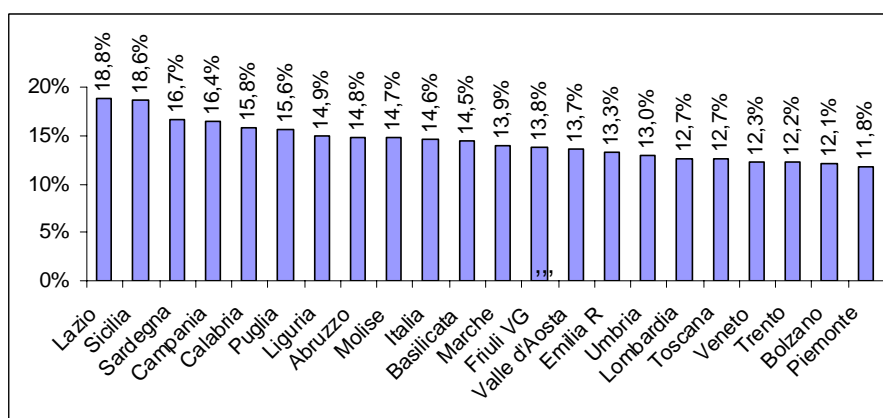
² Nel Report viene riportata anche la spesa procapite ponderata per sesso e classi di età.

Grafico 4
Copertura pubblica della spesa per farmaci dispensati dalle farmacie territoriali a livello regionale (2004)



Nel 2004, come sopra evidenziato, si è assistito ad uno sfondamento del tetto di spesa a livello nazionale di circa 1,34 miliardi di Euro, con un'incidenza della spesa farmaceutica convenzionata sulle assegnazioni pari al 14,6%. Le regioni presentano un'elevata variabilità di tale incidenza percentuale (Grafico 5): in generale le Regioni del Centro-Nord si collocano su valori inferiori al dato medio nazionale (ed in parte anche inferiori al tetto previsto del 13%), mentre quelle del Sud (ed il Lazio) presentano valori superiori alla media nazionale e decisamente al di sopra del 13%. Le motivazioni di tale differenziazioni sono illustrate in dettaglio nella Sezione Sesta del Report.

Grafico 5
Incidenza della spesa farmaceutica convenzionata sulle assegnazioni complessive regionali (2004)



I dati di assegnazione 2004 sono desunti dalle relative Delibere CIPE. I fondi non ancora assegnati, sono stati ripartiti tra le Regioni sulla base delle quote di accesso alle risorse già assegnate. Va sottolineato che esiste una quota delle assegnazioni che sono state “artificialmente” assegnate alle regioni per avere un dato omogeneo rispetto a quello nazionale, ma che di fatto è attribuita ad enti centrali (tra cui la Croce Rossa Italiana).

A tre anni dall'approvazione della Legge 405/01 e dall'avvio (o consolidamento) regionale di politiche di contenimento della spesa pubblica, può essere utile fare una prima valutazione di quali politiche siano state più efficaci. Tale valutazione è stata effettuata analizzando da una parte il tasso

di crescita cumulato della spesa pubblica lorda e dall'altra individuando degli indicatori che potessero sinteticamente descrivere l'intensità delle iniziative adottate. Gli indicatori riguardano:

- le compartecipazioni alla spesa, che ovviamente impattano maggiormente sulla spesa netta, ma che si presuppone possano generare un contenimento dei consumi e, quindi, anche della spesa lorda: nello specifico, si è presa in considerazione l'incidenza delle compartecipazioni alla spesa sulla spesa lorda;
- l'adozione di particolari modalità distributive dei farmaci (il cui impatto è ovviamente sovrastimato, in quanto la relativa voce di spesa non viene contabilizzata): rispetto a tale variabile si è valutata la variazione percentuale dei prodotti distribuiti in regime di convenzione ed inclusi nell'Allegato 2 al DM 22-12-2000;
- le azioni sui medici (governo del comportamento prescrittivo ed interventi sull'informazione medico-scientifica delle imprese), la cui valutazione è complessa e non quantificabile. Si è quindi optato per una valutazione qualitativa sulla base delle informazioni disponibili circa le politiche implementate a livello regionale e locale (il grado di investimento in politiche di governo del comportamento prescrittivo è stato sinteticamente valutato attribuendo alle regioni da un livello minimo di investimento - - - ad un livello massimo - +++-).

Tabella 4
Politiche del farmaco e variazione della spesa

Regioni	Lorda (04/02)	Allegato 2 non conv (04/02)	Ticket su lorda (2004)	Azioni sui medici
Lazio	15,5%	14,9%	3,1%	=
Sardegna	15,3%	-8,0%	1,0%	=
Puglia	9,8%	17,8%	6,7%	=
Aosta	9,6%	-84,3%	0,7%	+
Sicilia	9,6%	10,2%	4,2%	+
Liguria	8,7%	6,7%	9,0%	+
Bolzano	8,4%	10,8%	5,3%	+
Friuli	7,6%	-19,4%	0,7%	++
Trento	7,4%	-98,5%	0,7%	++
Molise	6,7%	3,0%	4,5%	=
Veneto	6,5%	-27,6%	6,7%	++
Calabria	5,5%	6,7%	5,6%	=
Lombardia	5,4%	8,5%	8,6%	+
EmiliaRom	5,2%	-57,1%	0,8%	+++
Campania	4,4%	-44,5%	1,2%	+
Piemonte	3,1%	-22,1%	8,9%	+
Toscana	1,7%	-46,5%	0,8%	+++
Umbria	1,1%	-21,9%	0,8%	++
Marche	0,5%	-49,0%	0,8%	+
Basilicata	-1,9%	-48,6%	0,9%	=
Abruzzo	-3,3%	-55,3%	0,8%	=
Italia	6,8%	-4,4%	4,5%	

La principale conclusione è che la presenza di particolari modalità distributive (evidenziate da una riduzione della spesa per prodotti "candidati" alla distribuzione diretta, ma distribuiti in regime di convenzione) e, soprattutto, le azioni di governo sul comportamento prescrittivo sembrano dare maggiori risultati in termini di contenimento della spesa lorda (riferita ovviamente ai farmaci distribuiti in regime di convenzione).

Le proiezioni per il 2005 e il 2006

Le proiezioni per il biennio 2005 e 2006 sono state elaborate in due “step”. In primo luogo è stata effettuata, sulla base di analisi statistiche delle serie storiche, una proiezione “a parità di condizioni regolatorie”, che, nel caso specifico del 2005, significa “in assenza di misure sul PFN e di ulteriori misure regionali, se non il tendenziale incremento di forme alternative di distribuzione più accelerate in quelle regioni (si pensi alla Liguria o alla Puglia) che più recentemente hanno attivato accordi con la distribuzione”. Sulle proiezioni a parità di condizioni regolatorie si è inserito l’effetto del nuovo PFN, effetto principalmente rappresentato da un abbattimento dei prezzi dei farmaci.

Tabella 5
Le proiezioni sulla spesa farmaceutica per il biennio 2005-2006

Componenti ed indicatori di spesa farmaceutica		2004	2005	2006		04/03	05/04	06/05	
				Con sconto imprese	Senza sconto imprese			Con sconto imprese	Senza sconto imprese
1=2+3	Spesa per farmaci rimborsabili (lordo sconti filiera)	14.117	14.445	15.063	15.063	7,9%	2,3%	4,3%	4,3%
2	Prescrizione / acquisto privati farmaci rimborsabili	625	628	667	690	-14,7%	0,6%	6,1%	9,8%
3=4+5+6	Spesa pubblica lorda	13.493	13.816	14.397	14.397	9,3%	2,4%	4,2%	4,2%
4	Contributo a carico della filiera di cui:	909	1.179	1.232	731	47,2%	29,7%	4,4%	-38,1%
4bis	- Sconto a carico delle farmacie	670	695	731	731	8,6%	3,6%	5,2%	5,2%
4ter	- Sconto a carico delle imprese	239	486	501	0	-	103,7%	3,1%	-100,0%
5	Compartecipazioni alla spesa	602	607	626	626	-6,2%	0,8%	3,2%	3,2%
6=3-4-5	Spesa a carico del SSN (SSN netta)	11.982	12.030	12.539	13.040	8,0%	0,4%	4,2%	8,4%
7=8+9	Spesa per prodotti non rimborsabili	5.441	5.469	5.571	5.571	-1,6%	0,5%	1,9%	1,9%
8	Farmaci etici non rimborsabili	3.014	2.978	2.989	2.989	-2,5%	-1,2%	0,4%	0,4%
9 = 10+13	Prodotti non soggetti all'obbligo di prescrizione, di cui	2.427	2.491	2.582	2.582	-0,5%	2,6%	3,6%	3,6%
10=11+12	- Farmaci, di cui	2.031	2.051	2.091	2.091	-2,1%	1,0%	1,9%	1,9%
11	a) SP	525	528	523	523	-5,6%	0,5%	-0,9%	-0,9%
12	b) OTC	1.506	1.524	1.567	1.567	-0,9%	1,1%	2,9%	2,9%
13	- Altro	396	440	491	491	8,9%	11,1%	11,7%	11,7%
14=2+5+7	Spesa a carico del paziente	6.667	6.704	6.864	6.887	-3,4%	0,6%	2,4%	2,7%
15=6+14	Totale (netto sconti filiera)	18.649	18.734	19.403	19.927	3,7%	0,5%	3,6%	6,4%
15bis=1+7	Totale (lordo sconti filiera)	19.558	19.913	20.635	20.635	5,1%	1,8%	3,6%	3,6%
6/15	SSN netto / Totale	64,2%	64,2%	64,6%	65,4%	-	-	-	-
6/(1-4+8)	SSN netto / Totale etici	73,9%	74,1%	74,5%	75,3%	-	-	-	-
6/(1-4)	SSN netto / Totale rimborsabili	90,7%	90,7%	90,7%	91,0%	-	-	-	-
16	Spesa sanitaria corrente SSN (DPEF 2005-2008)	89.650	92.434	95.644	95.644	8,1%	3,1%	3,5%	3,5%
17	Finanziamento corrente SSN (Finanziaria 2005 per 05-06)	81.837	88.195	90.000	90.000	2,8%	7,8%	2,0%	2,0%
18=17*0,13	Tetto farmaceutica (13% del finanziamento)	10.639	11.485	11.700	11.700	2,8%	7,8%	2,0%	2,0%
6/16	SSN netto /Totale spesa sanitaria corrente SSN	13,4%	13,0%	13,1%	13,6%	-	-	-	-
6/17	SSN netto / Totale finanziamento corrente SSN	14,8%	13,8%	13,9%	14,5%	-	-	-	-
19=6-18	Sfondamento tetto	1.343	565	839	1.340	-	-	-	-

La spesa a carico del SSN dovrebbe rimanere sostanzialmente stazionaria, con un leggero aumento dello 0,4%, per poi riprendere a crescere del 4,2% nel 2006. Le motivazioni risiedono:

- nel raffreddamento della crescita dei volumi³;
- nel calo del prezzo medio per confezione dovuto principalmente all’applicazione del taglio prezzi nell’ambito del nuovo PFN e dello sconto a carico delle imprese previsto dalla Legge 202/2004;
- nella continua estensione dell’applicazione del sistema dei prezzi di riferimento;
- nelle iniziative regionali ed aziendali di governo del comportamento prescrittivo e di implementazione / estensione di particolari modalità distributive dei farmaci⁴.

Anche la spesa a carico dei pazienti dovrebbe rimanere stabile: la crescita dello 0,6% (rispetto al calo del 3,4%) è principalmente da attribuire ad una ripresa della spesa per farmaci non soggetti ad obbligo di prescrizione, ripresa che dovrebbe comunque essere piuttosto contenuta. Il 2006 dovrebbe segnare un leggero aumento della spesa a carico del cittadino, pari al 2,4%. Conseguentemente, a meno di cambiamenti sostanziali nelle compartecipazioni alla spesa, non ci

³ Per le proiezioni sui volumi, si rimanda al Report.

⁴ I farmaci dispensati con modalità alternative di distribuzione sono quelli a più alto costo: di conseguenza, il passaggio a particolari modalità distributive comporta una riduzione dei valori più che proporzionale rispetto alla riduzione dei volumi.

sarebbe una modifica rilevante del livello di copertura pubblica della spesa farmaceutica, che sarebbe pari al 91% per i farmaci rimborsabili, al 75% circa per i farmaci etici ed al 65% per il mercato nel suo complesso.

Il 2005 dovrebbe segnare uno sfondamento del tetto previsto dalla Legge 405/01 (e ridefinito dalla Legge 202/2004 come rapporto tra spesa farmaceutica convenzionata e finanziamento del SSN), pari a circa 560 milioni di Euro, contro 1,3 miliardi circa del 2004. Nel 2006 vi sarebbe un ulteriore incremento di tale sfondamento, soprattutto nell'ipotesi di un'abolizione dello sconto a carico delle imprese: la spesa farmaceutica convenzionata salirebbe infatti dell'8,4% a fronte di un incremento del 2% delle assegnazioni previste in finanziaria per il SSN.

I dati regionali riflettono sia l'andamento generale di mercato, che le misure adottate nel passato e che influenzeranno la spesa nel 2005. Si fa riferimento in particolare:

- all'incremento di forme alternative di distribuzione dei farmaci, grazie soprattutto alla stipulazione di nuovi accordi con la distribuzione intermedia e finale (ad esempio, Liguria e Puglia);
- all'intensificazione dell'azione di controllo del comportamento prescrittivo (ad esempio, PA di Bolzano).

Parallelamente nel 2005 verranno meno gli effetti espansivi della spesa generati dall'aumento delle esenzioni sulle compartecipazioni alla spesa (Veneto e Lombardia, ad esempio, dovrebbero evidenziare un tasso di crescita inferiore alla media nazionale, contrariamente a quanto avvenuto nel 2004) o gli effetti contenitivi di accordi stipulati con la distribuzione nel passato (ad esempio la Regione Basilicata dovrebbe avere un tasso di crescita superiore alla media).

Tabella 6
Le proiezioni sulla spesa farmaceutica pubblica lorda per il biennio 2005-2006 a livello regionale

Regioni	2004	2005	2006	05/04	06/05
Piemonte	884	910	949	3,0%	4,3%
Valle Aosta	25	25	26	0,5%	3,5%
Lombardia	1.947	1.984	2.059	1,9%	3,8%
Bolzano	85	84	88	-0,2%	4,8%
Trento	84	85	88	1,0%	3,9%
Veneto	910	927	962	1,8%	3,8%
Friuli	251	255	264	1,6%	3,8%
Liguria	449	437	453	-2,7%	3,7%
Emilia R	861	880	915	2,2%	3,9%
Toscana	724	736	752	1,7%	2,1%
Umbria	176	182	189	3,1%	3,9%
Marche	326	328	332	0,8%	1,2%
Lazio	1.570	1.643	1.742	4,7%	6,0%
Abruzzo	296	303	315	2,4%	3,8%
Molise	79	80	83	0,9%	3,9%
Campania	1.354	1.378	1.431	1,8%	3,8%
Puglia	1.001	1.023	1.067	2,2%	4,3%
Basilicata	132	137	145	3,6%	5,6%
Calabria	506	529	549	4,4%	3,8%
Sicilia	1.430	1.479	1.562	3,5%	5,6%
Sardegna	404	411	426	1,7%	3,7%
Italia	13.493	13.816	14.397	2,4%	4,2%

Le proiezioni per il 2005: quali gli effetti di un'eventuale abolizione delle compartecipazioni alla spesa

Per il 2005 è stata effettuata una simulazione a livello regionale di quale potrebbe essere l'effetto dell'abolizione da giugno delle compartecipazioni in quota fissa in quelle regioni (Piemonte, Liguria, Lazio, Puglia e Calabria) in cui vi è stato un cambiamento della maggioranza di governo.

Tale simulazione si è basata sul fatto che tale abolizione:

- produce un ovvio trasferimento dell'onere della spesa dal paziente alla collettività, con un conseguente aggravio per il SSN;
- riduce la convenienza ad acquistare privatamente farmaci rimborsabili a basso costo, con una riduzione della loro incidenza percentuale sul mercato di riferimento (ed un contestuale incremento della spesa a carico del SSN): come era stato ampiamente previsto dall'Osservatorio Farmaci nel 2001 (mentre le proiezioni governative avevano previsto un aggravio per l'SSN, collegato solo al punto a), l'incidenza dell'acquisto privato di farmaci sul totale della spesa per farmaci rimborsabili era passata dall'8,7% del 2000 al 5,7% nel 2001;
- può generare un aumento dei consumi, per effetto della, pur presumibilmente debole, sensibilità della domanda al prezzo.

Nel lontano 2000 l'Osservatorio Farmaci aveva previsto che gli effetti, di cui al punto b) e c) avrebbero determinato un aggravio del 40% in più rispetto al semplice aumento di spesa generato dal trasferimento dell'onere dei ticket dal paziente allo stato. E' possibile che tale effetto sia stato ancora maggiore, ma non tale da spiegare il sensibile aumento della spesa a carico del SSN (+32% circa), in quanto nello stesso anno erano intervenute altre manovre (in particolare l'allargamento di alcune Note CUF) che avevano contribuito ad incrementare la spesa.

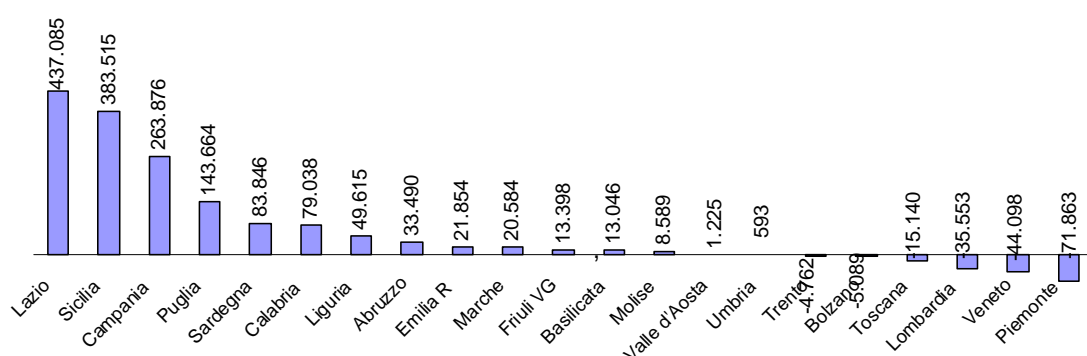
In sintesi, l'abolizione delle compartecipazioni alla spesa nelle regioni sopra citate causerebbe un aumento della spesa a carico del SSN dell'1,7% (anziché dello 0,4%) ed uno sfondamento del tetto di spesa di 160 milioni superiore a quello "a parità di ticket". L'incremento di spesa annuale per il SSN sarebbe di circa 320 milioni di Euro: il 70% circa di tale incremento sarebbe generato dal semplice trasferimento dell'onere dal paziente al SSN; il 30% risulta invece dalla riduzione dell'acquisto privato di farmaci rimborsabili e dall'effetto "maggiori consumi".

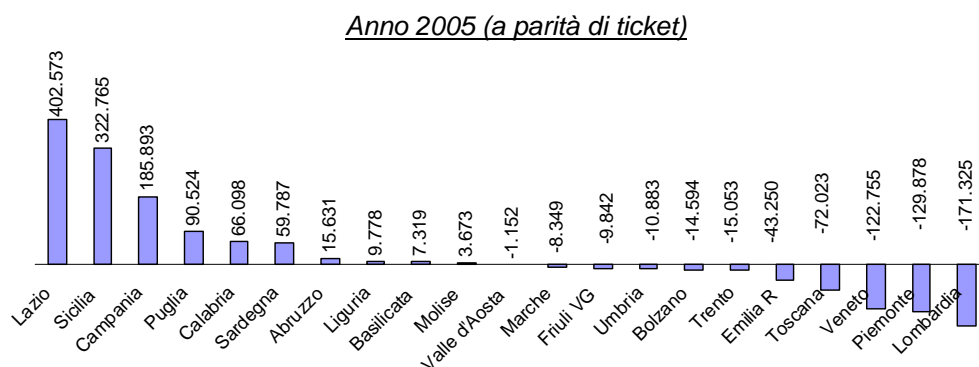
Non cambierebbe invece in modo sostanziale il posizionamento delle regioni rispetto allo sfondamento del tetto di spesa, sfondamento che riguarda principalmente le Regioni del Sud ed il Lazio.

Grafico VII.1

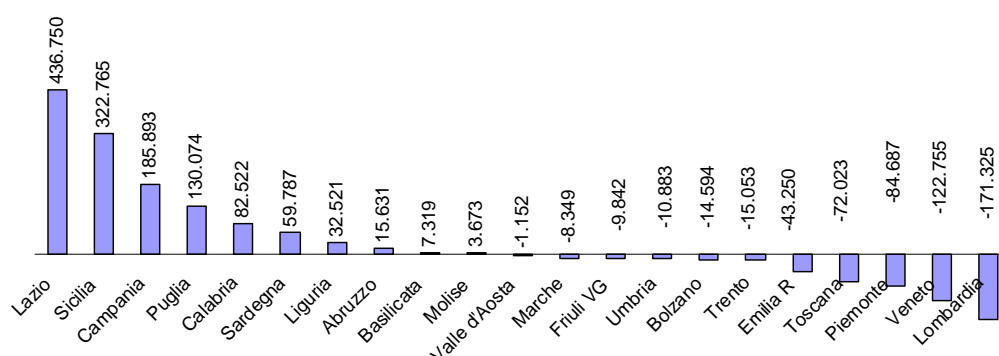
La spesa farmaceutica a carico del SSN: sfondamento rispetto al tetto del 13%

Anno 2004





Anno 2005 (con abolizione dei ticket in Piemonte, Liguria, Lazio, Puglia, Calabria)



I dati di assegnazione 2004 sono desunti dalle relative Delibere CIPE. I fondi non ancora assegnati, sono stati ripartiti tra le Regioni sulla base delle quote di accesso alle risorse già assegnate. Per il 2005 le assegnazioni sono state concordate con riferimento al solo fabbisogno (circa 86 milioni di Euro rispetto alle assegnazioni complessive di 88,2 milioni di Euro). Va inoltre rilevato che esiste una quota delle assegnazioni che sono state “artificialmente” assegnate alle stesse per avere un dato omogeneo rispetto a quello nazionale, ma che di fatto è attribuita ad enti centrali (tra cui la Croce Rossa Italiana).