

Competitività  
Regolazione  
Mercati

CERM

# I MARGINI DI RICAVO DELLA DISTRIBUZIONE DEI FARMACI: FATTI E DATI ESPLICATIVI

CERM



1. **Premessa**
2. **I margini % sui farmaci rimborsati (a cfr. con *Partner*)**
3. **I margini % sui farmaci non rimborsati (*focal point effect*)**
4. **I margini assoluti per unità di farmaco**
5. **Rilevanza delle condizioni di settore/mercato**
6. **Possibili riforme**

## ANALISI DEI COSTI

La distribuzione dei farmaci comporta per la maggior parte **costi di natura fissa** (invariati rispetto al volume delle vendite), riferibili alla **struttura** (negozi *front-office* e magazzino) e al **capitale umano** (gli specialisti e gli assistenti).

Si tratta di costi indipendenti dalle caratteristiche del singolo prodotto, sia in termini di *packaging* che di composizione chimica e di costo di produzione (prezzo *ex-factory*);  
**costi riconducibili in maniera sostanzialmente omogenea a tutti i prodotti.**



*forfait*

## PREGI DEL *BENCHMARK* TEORICO



è **regressivo con continuità** rispetto al prezzo e mantiene costantemente attivi gli incentivi a commercializzare gli equivalenti più economici;

non comporta punti di discontinuità, non giustificabili sulla base di variazioni di costi di esercizio



“**sgancia**” la remunerazione dalla dimensione della confezione, eliminando l’incentivo alla commercializzazione delle confezioni più grandi



ha un grado di **regressività più accentuato nelle fasce di prezzo iniziali** e via via decrescente, con ciò rafforzando le due proprietà precedenti

## INEFFICIENZA DI BASE DEGLI SCHEMI DI PROPORZIONALITA'

Contrariamente al *forfait*, lo **schema proporzionale al prezzo** collega la remunerazione al costo industriale di produzione, cioè ad una variabile economica **estranea all'attività di distribuzione**.

Questa inefficienza di base, oltre ad avere effetti redistributivi, rende lo schema % propenso a generare comportamenti distorsivi, perché **incentiva la commercializzazione dei prodotti più costosi** (per *standard unit* o per confezionamento).

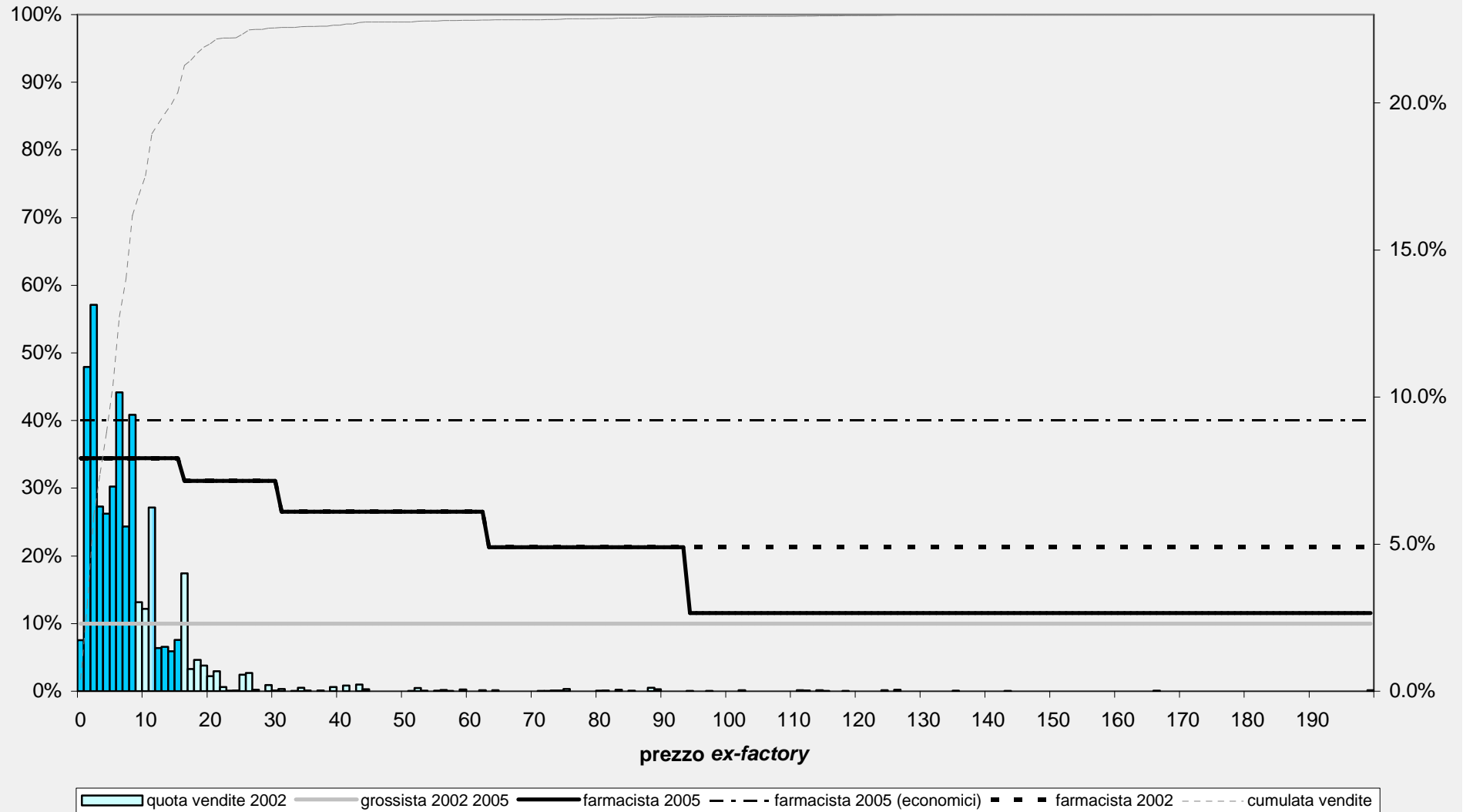
## L'ATTUALE STRUTTURA DEI MARGINI IN ITALIA

prezzo al pubblico IVA inclusa (Euro)	% del prezzo al pubblico al netto di IVA (a) spettante alla farmacia	sconto in % di (a) dalla farmacia al SSN	% di (a) effettivamente spettante alla farmacia	% di (a) spettante al grossista	% di (a) spettante al produttore
< 25,82	26,70	3,75	22,95	6,65	66,65
25,82-51,64	26,70	6,00	20,70	6,65	66,65
51,65-103,28	26,70	9,00	17,70	6,65	66,65
103,29-154,93	26,70	12,50	14,20	6,65	66,65
>= 154,94	26,70	19,00	7,70	6,65	66,65

Rif.: Legge n. 662 del 23 Dicembre 1996, come modificata dalla Legge n. 289 del 27 Dicembre 2002

A decorrere dal 1° Gennaio 2005, lo sconto dovuto dalle farmacie al SSN non trova più applicazione su *“specialità o generici che abbiano un prezzo corrispondente a quello di rimborso”*. La modifica aspira(va) a creare maggiori incentivi economici alla commercializzazione dei prodotti equivalenti più economici (rif.: Legge n. 326 del 24 Novembre 2003).

# Italia



# TRATTI FONDAMENTALI - FRANCIA

Il novero dei farmaci rimborsati include, oltre agli etici, anche una larga parte dei SOP (*i.e.* senza obbligo di prescrizione).

Per ogni prodotto commercializzato (confezione), alla **farmacia** spetta un **forfait di 0,53 Euro** cui si aggiunge una percentuale, variabile per scaglioni, del prezzo *ex-factory*.

**Sui prodotti generici** il margine della **farmacia** è calcolato facendo riferimento al prezzo della specialità principale.

Il **grossista** è remunerato tramite una percentuale, variabile per scaglioni, del prezzo *ex-factory*.

Differentemente dall'Italia, gli scaglioni sono applicati con modalità progressiva (*i.e.* il prezzo è suddiviso in quote parti, a ciascuna delle quali corrisponde un'aliquota).

E' prevista la possibilità di sconti dai produttori/grossisti ai farmacisti con un massimale differenziato tra generici e *branded* (più elevato sui primi).

## TRATTI FONDAMENTALI - GERMANIA

Il novero dei farmaci rimborsati include, oltre agli etici, anche una larga parte degli *SOP* (*i.e.* senza obbligo di prescrizione).

Per i farmaci etici il **farmacista** riceve un *forfait* di **8,10 Euro** più il 3 per cento del prezzo corrisposto dallo stesso farmacista al grossista.

Per i *SOP* il **farmacista** applica un *mark-up* decrescente, a valere sul prezzo corrisposto al grossista.

E' previsto uno sconto obbligatorio a carico del farmacista verso l'*SHI* (SSN), differenziato tra etici (*forfait* per confezione) e *SOP* (percentuale del prezzo IVA esclusa).

I **grossisti** sono remunerati con aliquote del prezzo corrisposto al produttore, decrescenti per numerosi scaglioni (10).

L'attuale normativa è frutto di una riforma introdotta nel 2004.

## TRATTI FONDAMENTALI - SPAGNA

La normativa è stata di recente modificata (inizio 2005).

La remunerazione del farmacista è fissata in percentuale del prezzo al pubblico IVA esclusa sino ad una elevata soglia di prezzo *ex-factory*; al di sopra, la remunerazione si trasforma in *forfait*.

I grossisti hanno uno schema remunerativo speculare (prima proporzionale e poi a *forfait*).

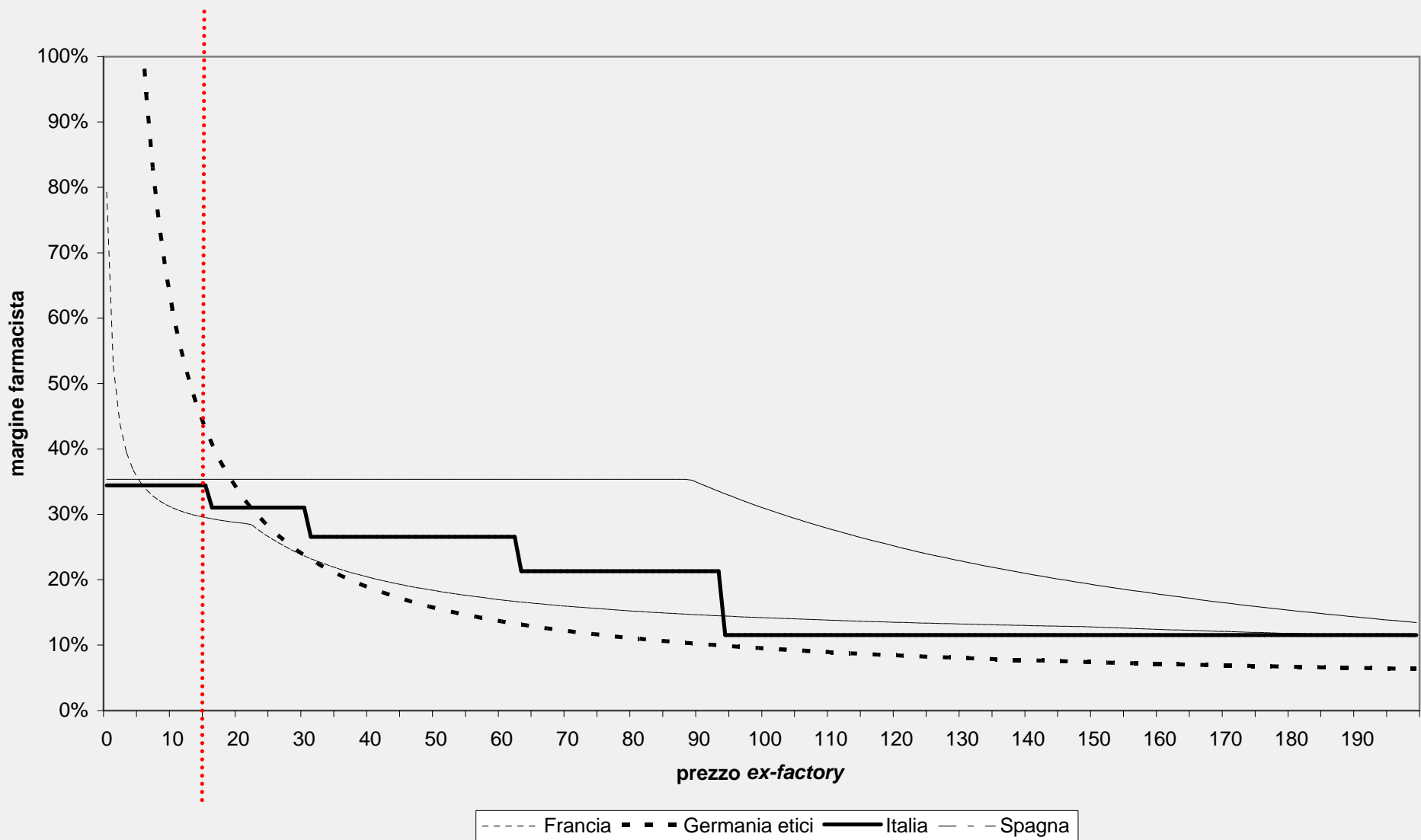
**La farmacia deve concedere uno sconto alla *Seguridad Social* (SSN).** Tale sconto è calcolato applicando **un'aliquota crescente per scaglioni al fatturato derivante da farmaci rimborsati** (una sorta di imposizione **progressiva** sul fatturato). Questo meccanismo tende a contenere i problemi connessi alla proporzionalità al prezzo, oltre a permettere un controllo di breve termine sui ricavi della distribuzione e sulla spesa.

## NORMATIVE A CONFRONTO

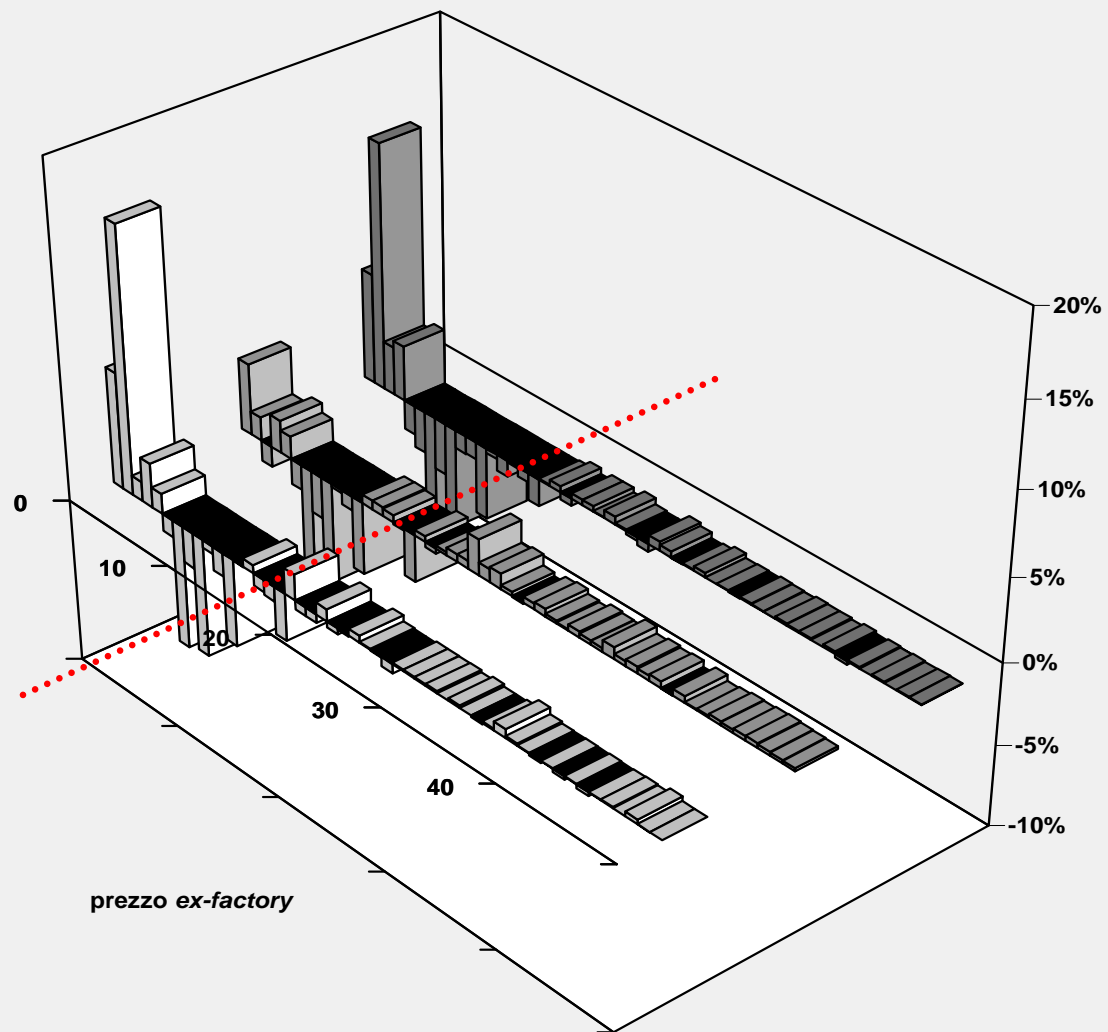
I seguenti grafici sintetizzano la normativa italiana (focus su farmacie), confrontandola con quella in vigore negli altri Paesi. In ascissa compare il prezzo *ex-factory* del prodotto.

Per meglio interpretare i grafici, si consideri che la soglia di prezzo dei **16 Euro** (il margine superiore del primo scaglione italiano, segnalato con verticale rossa) racchiude circa l'**89** per cento delle vendite in Italia, oltre il **90** in Francia, circa il **75** in Germania e circa l'**88** in Spagna. E' questa, quindi, la porzione dei grafici da analizzare con più attenzione.

### Confronto dei margini al farmacista nel 2005



### Differenze rispetto alla distribuzione delle vendite di farmaci in Italia (2002)



# “TRASLAZIONE” DEL POTERE DI MERCATO SUI NON RIMBORSABILI

I margini della distribuzione (ingrosso e dettaglio) sui farmaci “C” –  
calcolo sui prezzi minimi dell’anno 2002

% prezzo al pubblico IVA esclusa (Euro)	OP obbligo di prescrizione	SOP senza obbligo di prescrizione (esclusi OTC)	OTC senza obbligo di prescrizione <i>over-the-counter</i>
<i>media</i> (1)	33,13	33,04	32,75
<i>scarto quadratico medio</i> (2)	0,68	0,28	0,83
<i>coefficiente di variazione</i> (3)	2,05	0,86	2,53

(1) *media aritmetica dei margini*; (2) *variabilità dei margini*; (3) *variabilità dei margini al netto dell’unità di misura*  
Fonte: CERM ([www.cermlab.it](http://www.cermlab.it))

prima del decreto “Bersani” (2006) e prima del decreto “Storace” (2004)

## RAPPORTO IAS (2003) (per conto della CE)

L'Italia è il secondo Paese UE per indice di sovraregolamentazione della distribuzione al dettaglio dei farmaci (dopo la Grecia).

BE, SP, FR, OL, AU e UK permettono la vendita di alcuni medicinali da parte dei medici specialisti e di base e dei veterinari.

DA, GE, IR, OL, AU e UK permettono la vendita di SOP-OTC (la differenza esiste solo in Italia) al di fuori delle farmacie, sulla base di liste e non necessariamente con un farmacista abilitato *in loco*. [Institute of High Studies, "Regulation of professional services"]

punti  
maggiormente  
critici della  
normativa



ampia **esclusiva** di vendita (assoluta  
prima del decreto "Bersani")

contingentamento numerico (**pianta organica**)

limitazioni di **titolarità**

**margini di ricavo sui farmaci "A" ex-lege** e distorsivi

# I MARGINI DELLA FARMACIA su tutti i farmaci commercializzati (A, C, SOP-OTC)

ricavo medio (ante imposte) della farmacia per <i>standard unit</i> di tutti i farmaci commercializzati (Euro)				
Paesi	<i>Euro</i> PPP-'98 (1)	% vs. <i>media</i>	<i>Euro</i> correnti '98 (2)	% vs. <i>media</i>
Italia	0,089	34,1%	0,076	25,9%
Irlanda	0,082	23,6%	0,073	20,9%
Belgio	0,074	11,5%	0,069	14,3%
Portogallo	0,074	11,5%	0,046	-23,8%
Austria	0,070	5,5%	0,070	16,0%
Spagna	0,069	4,0%	0,053	-12,2%
Germania	0,066	-0,5%	0,065	7,7%
Paesi Bassi	0,066	-0,5%	0,069	14,3%
Finlandia	0,058	-12,6%	0,061	1,1%
Francia	0,047	-29,2%	0,047	-22,1%
Regno Unito	0,035	-47,3%	0,035	-42,0%
<b>media</b>	<b>0,066</b>		<b>0,060</b>	

media  
UE →

(1) PPP = parità di potere d'acquisto nel 1998

(2) correnti = unità monetarie nominali nel 1998

Fonte: IHS-Vienna (2003) e CERM ([www.cermlab.it](http://www.cermlab.it))

**ITA più del doppio del best performer UK**

Competitività  
Regolazione  
Mercati

**CERM**

**OFFERTA CONCENTRATA E CON FORTE POTERE DI MERCATO**

## DIFFUSIONE GENERICI PURI su tutti i farmaci commercializzati (A, C, SOP-OTC)

Paese	%	1994	1999	2004	Paese	%	1994	1999	2004
<b>Cina</b>	% vendite	<i>n.d.</i>	33,56	23,76	<b>Francia</b>	% vendite	1,23	1,51	6,58
	% <i>ds</i>	<i>n.d.</i>	41,46	33,97		% <i>ds</i>	2,25	3,00	11,26
<b>USA</b>	% vendite	7,10	5,26	6,35	<b>Spagna</b>	% vendite	1,80	2,28	5,25
	% <i>ds</i>	21,41	27,94	33,67		% <i>ds</i>	3,15	3,65	9,08
<b>UK</b>	% vendite	8,02	10,81	18,66	<b>Italia</b>	% vendite	<b>0,95</b>	<b>0,69</b>	<b>2,55</b>
	% <i>ds</i>	24,40	26,77	31,01		% <i>ds</i>	<b>1,09</b>	<b>1,06</b>	<b>5,07</b>
<b>Germania</b>	% vendite	5,15	6,17	11,08	<b>Giappone</b>	% vendite	3,69	2,52	1,89
	% <i>ds</i>	7,84	11,84	21,56		% <i>ds</i>	3,07	2,49	2,55
<b>Canada</b>	% vendite	10,29	13,01	14,64	<b>India</b>	% vendite	<i>n.d.</i>	1,86	0,58
	% <i>ds</i>	16,55	22,08	29,28		% <i>ds</i>	<i>n.d.</i>	1,68	0,54
<b>UE-15</b>	% vendite	3,41	4,25	8,69	<i>Fonte: nostre elaborazioni su IMS Health 2005 (vendite complessive tramite farmacia)</i>				
	% <i>ds</i>	7,61	9,89	16,34					
<b>UE-25</b>	% vendite	3,54	4,37	8,45					
	% <i>ds</i>	8,73	10,77	16,01					

# VARIETA' DELL'OFFERTA

## sui farmaci considerati nella distribuzione delle vendite nei grafici di confronto dei profili dei margini

Varietà dell'offerta di farmaci per *packaging* (anno 2002) (1) (2)

Paese	media di <i>us</i> nelle confezioni di tutti i prodotti	media delle <i>standard</i> <i>deviation</i> delle <i>us</i> nelle confezioni per prodotto	media del # minimo di <i>us</i> nelle confezioni per prodotto	media del # massimo di <i>us</i> nelle confezioni per prodotto	# di confezioni per prodotto
Italia	26,86	7,31	24,40	29,62	1,79
Francia	36,33	8,91	32,11	41,11	1,71
Germania	70,83	45,05	37,90	116,08	4,05
Spagna	32,15	9,70	26,51	38,27	2,16

(1) all'interno delle vendite di cui è riportata la distribuzione per fasce di prezzo nei precedenti grafici

(2) database ATA (IMS)

# RIFERIMENTI NORMATIVI EUROPEI

## Comunicazione della Commissione al Governo Italiano (21/3/2005)

La tutela dell'interesse pubblico non richiede che la conduzione della farmacia e la sua proprietà debbano essere accessibili entrambe a soli farmacisti abilitati

- ⇒ separazione diritto di esercizio / diritto di proprietà;
- ⇒ utilizzo ottimale del capitale umano e del capitale fisico.



Non è improprio vedere nel “*bundling*” violazioni all'articolo 41 della Costituzione (libera iniziativa economica), agli articoli 1, 4, 35 (valorizzazione del lavoro) e 32 (perseguimento della salute pubblica).

# IL DEFERIMENTO dell'Italia alla Corte di Giustizia Europea per infrazione al diritto comunitario

Il 28 Giugno 2006 ha CE ha deferito alla Corte [ref. IP/06/858]:

## Italia (articoli 43 e 56 del Trattato CE)

(a) per il divieto ai grossisti di assumere partecipazione in società di gestione di farmacie

(b) per la riserva di titolarità di farmacie ai soli farmacisti abilitati e alle società di soli farmacisti abilitati

---

## Spagna

(a) per la **pianta organica**

(b) per la discriminazione tra farmacisti a seconda della Comunità autonoma dove hanno acquisito esperienza professionale

(c) per le limitazioni alla titolarità (solo farmacisti abilitati) e al cumulo della titolarità (non più di un esercizio, in forma singola o associata)

---

## Austria

(a) per la **pianta organica** (che vincola l'apertura in funzione di abitanti, distanza tra esercizi, presenza di almeno uno studio medico nello stesso Comune, forma giuridica)

(b) per la discriminazione tra farmacisti a seconda della nazionalità

(c) per il divieto di esercizio di più di una farmacia

# L'AGCM e la distribuzione dei farmaci: un "rapporto più che decennale" (alcune segnalazioni significative)

AS 144/1998

AS 194/2000

I vincoli riguardanti l'esercizio delle farmacie appaiono diretti alla tutela economica degli *incumbent* e non al perseguimento dell'interesse generale. **Linee di riforma:** (a) liberalizzare apertura degli esercizi e dei loro giorni/orari (con requisiti minimi); (b) ridimensionare il divieto di pubblicità (della farmacia e dei prodotti SOP); (c) eliminare il prezzo unico nazionale sui farmaci "C" (tutti); (d) eliminare la riserva di vendita su SOP-OTC sulla base delle positive esperienze dei *Partner* UE.

AS 381/2007

Su impulso di farmacisti titolari desiderosi di impegnarsi nella commercializzazione di SOP-OTC con le stesse possibilità operative delle parafarmacie e della GDO, l'Antitrust **ribadisce la necessità** di: (a) eliminare i tetti massimi agli giorni/orari di apertura; (b) eliminare i vincoli di uniformità degli orari; (c) eliminare i giorni/periodi di chiusura obbligatoria; (d) evitare l'intromissione delle rappresentanze dei farmacisti nelle decisioni delle Amministrazioni locali in materia di distribuzione al dettaglio dei farmaci.

## UN CAVEAT

Il *benchmark* teorico del *forfait* rappresenta la configurazione ottimale dei margini (quella più coerente con l'andamento dei costi efficienti di distribuzione) in un contesto in cui l'offerta dei farmaci sia diversificata per *packaging*, i generici (o le copie economiche degli *off-patent*) abbiano raggiunto un sufficiente grado di diffusione, e lungo la filiera del farmaco siano instaurati equilibri sufficientemente concorrenziali.

**In caso contrario, l'adozione di schemi a *forfait* o significativamente regressivi nel prezzo potrebbe generare effetti "perversi",** incentivando per esempio la massimizzazione degli atti di vendita di confezioni piccole, con conseguente pratica di acquisto subottimale.

Per portare un altro esempio, in una situazione di scarsa diffusione dei farmaci copia economici, profili velocemente regressivi dei margini potrebbero risultare inefficaci, se la loro regressività cadesse in un intervallo di prezzo "vuoto" di prodotti effettivamente offerti sul mercato, mentre al distribuzione prediligesse la canalizzazione al consumatore di prodotti delle fasce di prezzo superiori con *packaging* piccoli.

Queste osservazioni inducono a riflettere che l'ottimalità del disegno dei margini non può prescindere dalla creazione e dal mantenimento di condizioni di strutturale efficienza lungo tutta la filiera del farmaco.

# I VANTAGGI DELL'APERTURA AL MERCATO DELLA DISTRIBUZIONE



Assorbimento degli *extra*-profitti delle farmacie



Riduzione dei prezzi dei farmaci canalizzati al consumo, con diffusione degli equivalenti più economici



Riduzione della spesa grazie alla diversificazione del *packaging* (le confezioni più adatte per la singola terapia)



Corretto funzionamento del *reference pricing* in fascia "A"



Corretto funzionamento delle liste di trasparenza in fascia "C" (OP)



Diviene più agevole applicare un *copayment* proporzionale al prezzo



I risparmi (sia in "A" sia in "C") creano le condizioni per una maggior differenziazione di prezzo nell'ammissione a rimborso

- *cluster di prodotti “avente uguale composizione in principi attivi, via di somministrazione, forma farmaceutica, modalità di rilascio, numero di unità posologiche e dosi unitarie” (Legge n. 178/2002)*
- *“il farmacista, in assenza dell’indicazione di insostituibilità, **consegna** allo stesso il farmaco avente prezzo più basso, disponibile nel normale circuito distributivo regionale” (Legge n. 405/2001)*

- *cluster di prodotti “avente uguale composizione in principi attivi, via di somministrazione, forma farmaceutica, modalità di rilascio, e dosi unitarie” (Legge n. 149/2005)*
- *I farmacisti hanno un **obbligo di informazione** della eventuale presenza in commercio di medicinali equivalenti “qualora sulla ricetta non risulti apposta l’obbligo della non sostituibilità, il farmacista, su richiesta del cliente, è tenuto a fornire un medicinale avente un prezzo più basso di quello prescritto” (Legge n. 149/2005)*

## ALCUNE PROPOSTE DA DISCUTERE

“Allentamento” della pianta organica (verso il suo superamento)

“Allentamento” della normativa sulla *incorporation* (verso la possibilità di creare catene di farmacie facenti parti della stessa società)

Rimozione (anche con fase di transizione) della sovrapposizione del ruolo di portatore di capitali e del ruolo di gestione della vendita al paziente

Modifica dello schema di ricavo verso la regressività nel prezzo *ex-factory* (sino a modello *forfait*)

In luogo del *forfait* (che comporta difficoltà di contabilità regolatoria), dovrebbe essere meglio valutata la percorribilità della rimozione dell’uniformità del prezzo al consumo dei farmaci “A” e “C-OP” e la sua sostituzione con un prezzo massimo al consumo. All’interno del prezzo massimo, le farmacie potrebbero essere rese libere di praticare qualunque sconto a valere sul loro margine di ricavo. Necessità di coordinamento con il processo di apertura al mercato dell’offerta.

Home Page ::: C E R M ::: Competitività, Regolazione, Mercati - Windows Internet Explorer

http://www.cermlab.it/ Live Search

File Modifica Visualizza Preferiti Strumenti ?

pdf Vai 0 PDF

Google Cerca Segnalibri 300 bloccati Controllo Invia a Impostazioni

Home Page ::: C E R M ::: Competitività, Regolazione...

Norton L'esplorazione non è sicura. Auto-Protect disattivato. Opzioni

Competitività  
Regolazione  
Mercati

**CERM** News & Recensioni | Eventi | Contatti



Il Team | Aree Tematiche | Pubblicazioni | Editoriali | Internazionale | Sulla Stampa | Link

**IN RILIEVO**

**PRIMO WORKSHOP**  
15 novembre 2006  
Camera dei Deputati  
Disponibili gli Atti ➔

Archivio News - Archivio Eventi

**Linee editoriali**

-  Note
-  Quaderni
-  Rapporti
-  Editoriali

Finanza Pubblica  
Liberalizzazioni

05/01/2007


**NEL FUTURO DEL TFR IL FUTURO DELLE PENSIONI**


E' disponibile la Nota CERM n. 1-07, che argomenta l'importanza che il TFR non venga sottratto allo sviluppo del sistema pensionistico multipilastro. La Finanziaria-2007 rende possibile che parte degli accantonamenti vada al "fondo infrastrutture" gestito dallo Stato in conto tesoreria. Negli ultimi mesi, il dibattito ha visto circolare anche la proposta di destinarli a maggior contribuzione al pilastro pensionistico pubblico. Le due soluzioni sono, in realtà, molto più simili di quanto possa apparire a prima vista ed entrambe "svianti". Se ne spiegano le motivazioni, nel contempo descrivendo sinteticamente i vantaggi micro e macroeconomici della diversificazione tra pilastri. All'indomani della Finanziaria-2007 e in previsione dell'intervento sulle pensioni annunciato dal Governo per quest'anno, l'auspicio è quello di richiamare all'attenzione dell'agenda politica l'urgenza della trasformazione multipilastro.

Nota CERM n. 1-07

**Ultime pubblicazioni**

01/2007  
 *Non si sottragga il TFR allo sviluppo del sistema pensionistico multipilastro*  
Nota CERM n. 1-07, di Fabio Pammolli e Nicola C. Salerno - PDF, 541.2 Kb

12/2006  
 *Le riduzioni del cuneo non sono tutte uguali. A commento del DdL Finanziaria -2007: un punto di vista strutturale e una interpretazione sostanziale dell'IRAP*  
Nota CERM n. 13-06, di Fabio Pammolli e Nicola C. Salerno - PDF, 524.4 Kb

10/2006  
 *Rilevazione e controllo contabile della spesa delle Aziende Sanitarie - spunti di riflessione per gettare le "microfondazioni" del federalismo*

Fine Internet 100%

**GRAZIE PER L'ATTENZIONE - CERM**