



NOTA 8/2006



*Finanza Pubblica & Riforme
Liberalizzazioni & Regolazione*

**IL COPAYMENT
A DIFESA
DEL SISTEMA SANITARIO UNIVERSALE**

F. PAMMOLLI e N. C. SALERNO

SOMMARIO

La Nota sinteticamente argomenta l'opportunità/necessità di ripristinare uno schema di compartecipazione ai costi sanitari comune a livello nazionale.

Sarebbe contemporaneamente un fattore di coesione territoriale (aumenterebbe l'affidabilità riconosciuta tra Regioni, in un Paese in cui è necessario mantenere rilevanti flussi redistributivi interregionali per assicurare i LEA) e di coesione sociale (permetterebbe di rinnovare le basi universalistiche tradizionalmente proprie del sistema italiano).

Un *copayment* nazionale sarebbe la base contemporaneamente di efficienza e di equità su cui innestare l'autonomia delle Regioni:

- da un lato, permetterebbe una responsabilizzazione minima della domanda; uno "zoccolo duro" di efficienza condivisa tra le Regioni e per questo motivo capace di più consistenti effetti pro-concorrenziali anche sul lato dell'offerta di prestazioni;
- dall'altro lato, il riferimento ad un omogeneo criterio per graduare l'aliquota di compartecipazione o selezionare i casi di esenzione metterebbe in atto un livello minimo di redistribuzione attivo su tutto il territorio nazionale (indipendentemente dai confini regionali), che potrebbe divenire parte integrante della definizione dei LEA.

A partire da questo primo livello di redistribuzione (quella che si potrebbe definire "costituzionale" perché integrata nei LEA), le Regioni potrebbero operare scelte diverse, in maggiorazione o in diminuzione del *copay*, dimostrando però ogni volta di essere in grado di mantenere l'effettività dei LEA sul loro territorio e il controllo sulle dinamiche della loro spesa. Questa via permetterebbe di armonizzare principi costituzionali, interessi economici nazionali e libertà politica delle Regioni.

Il benchmark internazionale (OECD) concorre a rafforzare questa posizione. Altrove (anche in Paesi direttamente comparabili all'Italia nel modello socio-economico, come Germania e Francia), la responsabilizzazione individuale è molto più ricercata, lungo tutta la filiera delle prestazioni sanitarie: dal contatto col medico di base, alla visita di diagnosi specialistica, al ricovero, all'assunzione di farmaci distribuiti per il canale territoriale.

L'Italia sembra aver maturato, invece, un atteggiamento dicotomico o discontinuo, dovendo individuare necessariamente delle aree a totale gratuità (con poca attenzione alla loro adeguatezza e sostenibilità nel tempo, e senza o con scarsa distinzione in base alle caratteristiche economico-sanitarie soggettive) da contrapporre "ideologicamente" alle altre aree a totale carico del privato. Da questa scelta derivano gli effetti negativi che sinteticamente si descrivono.

La correzione di questi difetti di regolazione darebbe nuovo slancio alla trasformazione federalista e nuova linfa al sistema sanitario nazionale, senza tradirne le storiche validissime aspirazioni, anzi creando le compatibilità micro e macrofinanziarie per realizzare l'universalità negli anni avvenire.

INDICE

Introduzione	4
I “costi” finanziari e sociali della gratuità “a tutti i costi”	5
<i>L’incidenza della spesa sul PIL: tendenze recenti</i>	5
<i>Contrasto gratuità-universalismo: la spesa sanitaria</i>	6
<i>Contrasto gratuità-universalismo: la spesa farmaceutica</i>	10
<i>Esempi dalla farmaceutica: la diversificazione regionale</i>	12
<i>Esempi dalla farmaceutica: il copayment percentuale riequilibrante</i>	14
Conclusioni: la responsabilizzazione individuale per sostenere l’universalità	15
Riferimenti	18

Introduzione

Ad oggi il sistema sanitario pubblico italiano è quasi completamente gratuito. La Legge 23 Dicembre 2000 (la Finanziaria per il 2001) ha infatti:

- eliminato il *ticket* nazionale sui farmaci di fascia "A";
- eliminato i *ticket* su tutte le prestazioni sanitarie rientranti nei LEA, ad eccezione di quelle sulle prestazioni specialistiche e diagnostiche non effettuate in regime di ricovero (sia ordinario che diurno)¹.

Per queste ultime rimanevano in vigore numerose esenzioni per età, reddito e tipologia patologica introdotte con provvedimenti legislativi diversi, tra cui la stessa Legge Finanziaria per il 2001 (articolo 85) e la Legge n. 537/1993 (articolo 8).

La Finanziaria per il 2001 bloccava, in questo modo, un processo legislativo avviato soltanto due anni prima (Decreto Legislativo n. 124 del 29 Aprile 1998), che mirava a introdurre uno schema universale per la gradazione della compartecipazione al costo delle prestazioni sanitarie in base ad un indicatore sintetico reddito/patrimonio (il cosiddetto ISES). Incertezza sull'impatto distributivo, difficoltà di individuare l'indicatore più adatto, significatività del cambiamento, soprattutto per un sistema storicamente universale nelle prestazioni e nella platea coperta, furono all'origine della scelta di rinunciarvi.

Dopodiché, si è entrati nel vivo della transizione federalista. Senza più un quadro regolatorio unitario (per quanto imperfetto), le Regioni si sono mosse in maniera autonoma e non coordinata. Nonostante le ripetute esortazioni all'uso del *copayment* per responsabilizzare la fruizione delle prestazioni sanitarie (sia da parte del Legislatore italiano che degli osservatori economici internazionali²):

- poche Regioni hanno ripristinato il *ticket* sui farmaci "A", con un tendenza ad alleggerirlo allargando la casistica di esenzione/abbattimento;
- le prestazioni in regime di ricovero ordinario sono rimaste quasi integralmente esenti da *ticket*, anche se si registrano casi di diversificazione regionale, come quello della Provincia di Bolzano dove è stato introdotto un *ticket* di 10 Euro al giorno; la mancanza di un monitoraggio come quello sui *ticket* farmaceutici rende difficile fornire un quadro normativo costantemente aggiornato;
- le prestazioni in ricovero diurno in alcuni casi sono rimaste gratuite (è il caso dell'Ospedale Civile di Asti, solo per fare un esempio) in altre soggette a *ticket* (la ASL n. 12 di Biella³); in altri casi ancora il *ticket* è applicato solo quando il ricovero diurno assume caratteristiche terapeutico-cliniche particolari (come ad esempio il cosiddetto "ambulatorio protetto");

¹ Cfr. articolo 84 della Legge n. 388 del 23 Dicembre 2000, che fa riferimento al comma 15 dell'articolo 8 della Legge n. 537 del 24 Dicembre 1993 (e successive modificazioni): "Tutti i cittadini sono soggetti al pagamento delle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e delle altre prestazioni specialistiche, ivi comprese le prestazioni di fisioterapia e di cure termali fino all'importo di [...]"; nonché agli articoli 68 e 70 della Legge n. 448 del 23 Dicembre 1998.

² Praticamente tutte le leggi finanziarie dal 2001 ad oggi fanno riferimento alla leva della compartecipazione come strumento con cui le Regioni possono regolare i consumi e governare la spesa. Anche nella Finanziaria per il 2006, la leva dei *ticket* compare in alternativa all'aumento delle aliquote regionali di IRE ed IRAP nelle Regioni con spesa sanitaria superiore ai programmi. Anche l'OECD pone la compartecipazione alla spesa tra i punti prioritari dell'agenda politica per innalzare l'efficienza dei sistemi sanitari pubblici e liberare risorse con cui rafforzare i suoi stessi obiettivi equitativi e solidaristici; cfr. vari contributi su www.oecd.org/health e, in particolare, "Towards high performing health systems".

³ Cfr. Deliberazione della Giunta Regionale n. 14 del 28 Luglio 2003, che ha introdotto una differenziazione tra esami in regime di pre-ricovero che poi si trasforma in ricovero, esenti da *ticket*, ed esami in regime di pre-ricovero che non si trasforma in ricovero, normalmente assoggettati a *ticket*.

- il pronto soccorso è rimasto quasi del tutto gratuito, ma alcune Regioni (per esempio la Lombardia e la Toscana) hanno introdotto una differenziazione in base al livello di urgenza, alla prosecuzione o meno delle prestazioni con il ricovero, ad alcune caratteristiche delle prestazioni (infortuni sul lavoro, richiesta da parte degli organi di pubblica sicurezza, etc.); anche in questo caso, è significativo l'esempio della Provincia di Bolzano, che ha introdotto un ampio schema di compartecipazione nel caso di prestazioni non seguite da ricovero⁴.

Anche sulle prestazioni specialistiche e diagnostiche (sulle quali la normativa nazionale non aveva fatto *tabula rasa* dei preesistenti *ticket*) le Regioni si sono mosse diversamente, ma raramente hanno adottato norme più restrittive di quelle nazionali, sia per quanto riguarda l'ammontare di compartecipazione che la casistica di esenzione/abbattimento⁵.

1. I "costi" finanziari e sociali della gratuità "a tutti i costi"

Sia le scelte del Legislatore nazionale (mai più intervenuto con un coordinamento di base) che quelle del Legislatore regionale (che non ha mai fatto della responsabilizzazione dei consumi sanitari una priorità di intervento) sembrano quindi porsi a sostegno della continuità dell'assetto del SSN, cioè della completa gratuità del sistema sanitario pubblico: una posizione di sicuro merito che ha radici nella storia socio-politica del nostro Paese ma che, se non declinata secondo nuovi moderni paradigmi, rischia di divenire vittima di una grande eterogenesi dei fini.

Si tenta di offrime sinteticamente una spiegazione, analizzando i dati aggregati di spesa/finanziamento e gli impianti di regolamentazione diffusi tra i *Partner* dell'OECD.

1.1 L'incidenza della spesa sul PIL: tendenze recenti

I dati recentemente diffusi dal Ministero dell'Economia con la Relazione Generale della Situazione Economica del Paese mostrano una incidenza della spesa sanitaria sul PIL in continua crescita dal 2002 al 2005⁶: + 0,6 punti percentuali in 3 anni, un incremento che fa passare in secondo piano l'impatto atteso a 50 anni per il solo effetto dell'invecchiamento della popolazione (*cfr.* proiezioni del Gruppo di Lavoro sull'Invecchiamento della Popolazione di ECOFIN). A questo ritmo, l'incidenza sul PIL è destinata a raddoppiarsi o più che raddoppiarsi entro il 2050⁷.

⁴ A tre livelli (0, 15 Euro, 50 Euro + tariffa per ogni prestazione specialistica) e con elenco di categorie esentate.

⁵ Un punto da approfondire, a tale proposito, è quello dell'aggiornamento dei *ticket* per tener conto dell'inflazione e della crescita reale dei redditi. Con quale cadenza avviene? Avviene contestualmente alla revisione delle tariffe dei DRG? Sembrerebbe che a livello regionale, almeno lì dove le Regioni non siano intervenute con loro normazione successiva, sia rimasto in vigore il livello di compartecipazione introdotto su scala nazionale nel 1993 (Legge n. 537 del 24 Dicembre).

⁶ Se si sposta all'indietro l'anno di partenza, l'entità della crescita risulta ancora più marcata. Nel 1999, l'incidenza sul PIL era pari 5,7 per cento (*cfr.* RGSEP del 2003 per il 2002).

⁷ *Cfr.* "The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU-25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050)", Rapporto preparato dal Comitato di Politica Economica e dalla Commissione Europea (DG ECFIN), n. 1-2006; "Projecting OECD health and long-term care expenditures: what are

% PIL	2002	2003	2004	2005	Δ 02-05
spesa sanitaria pubblica complessiva	6,1	6,2	6,5	6,7	0,6
spesa farmaceutica convenzionata	0,91	0,85	0,88	0,85	- 0,06
finanz. SSN a carico dello Stato (2) (3)	5,32	5,39	5,45	5,71	0,39

(1) sono escluse le voci: "Ricavi e entrate proprie varie delle Regioni" e "Ulteriori trasferimenti da pubblico e privato", in modo tale da evidenziare l'impegno finanziario che con certezza grava sul bilancio centrale

(2) non si considera né la sanatoria Stato-Regioni con Legge n. 311/2004 né quella con Legge n. 266/2005

fonte: elaborazioni CERM su dati RGSEP (2006-preliminare)

La conclusione non cambia se dalla spesa pubblica complessiva si passa a considerare il finanziamento a carico dello Stato, che in termini di PIL aumenta di circa 0,4 punti percentuali, in una misura che sottostima il reale coinvolgimento del bilancio centrale, perché ignora le ultime due sanatorie Stato-Regioni così come alcuni trasferimenti che le Regioni ricevono da altri ambiti del settore pubblico.

Si tratta di tendenze non sostenibili, alla base delle quali v'è un evidente mancato coordinamento tra spesa e possibilità di spesa che rimanda *tout court* alle modalità con cui i LEA sono stati definiti nel 2001, inglobando la totalità delle attività del SSN, senza alcuna selezione di priorità fattibili sotto il vincolo di bilancio⁸. Di fronte a questi dati e al possibile "fallimento sistemico", la completa gratuità non è un obiettivo finale e non rimane neppure un valore, perché l'insostenibilità della spesa è destinata a travolgere anche (se non soprattutto) le funzioni redistributive ed equitative dell'universalismo sanitario.

1.2 Contrasto gratuità-universalismo: la spesa sanitaria

Ma contraddizioni ancora più forti del binomio gratuità-universalismo, nell'attuale contesto socio-economico, emergono se si analizzano le variazioni di incidenza sul PIL della spesa sanitaria e farmaceutica a livello internazionale. Tra il 1990 e il 2003, nonostante la completa gratuità del sistema pubblico, in Italia la spesa sanitaria pubblica rimane invariata mentre quella privata aumenta di 4 decimi di punto percentuale di PIL. In Francia, Germania, UK, Usa e nella stessa media UE-15 l'incidenza della spesa pubblica aumenta più di quella della spesa privata; solo la Spagna mostra una situazione paragonabile a quella italiana.

Spesa sanitaria pubblica-privata – incrementi di incidenza sul PIL

% PIL	1990-2003	
	pubblica	privata
Francia	1,1	0,4
Germania	2,1	0,4
Italia	0,0	0,4
Spagna	0,2	0,8
UK	1,4	0,3
USA	1,9	1,1
UE-15	0,8	0,6

fonte: OECD, Health Data 2005 (Ottobre)

the main drivers?", Economic Department WP n. 477, ECO/WKP(2006)5; Quaderno CERM n. 2-06, "Spesa sanitaria, demografia, governance istituzionale - Tra trend storici e proiezioni a lungo termine".

⁸ Cfr. Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 29.11.2001.

Eppure (cfr. “Towards high performing health systems”, OECD, 2004):

- la Francia applica un *copayment* percentuale del 30 per cento sulle prestazioni dei medici di base e sulle prestazioni specialistiche e diagnostiche, oltre ad un *copayment* a schema misto fisso-percentuale sulle prestazioni in regime di ricovero;
- la Germania applica una *fee* fissa sulle prestazioni dei medici di base e sulle quelle specialistiche e diagnostiche, oltre ad una *fee* fissa per giorno trascorso in ricovero (con un tetto massimo di spesa per il paziente);
- gli USA applicano un *copayment* del 20 per cento sulle prestazioni di base e specialistiche al di sopra di una data soglia (100 US\$ nel 2004), nonché una *fee* per giorno di ricovero decrescente per scaglioni di lunghezza della degenza.

Non sorprende che la Spagna condivida la stessa posizione dell'Italia, dal momento che applica *copayment* soltanto sui farmaci distribuiti per via territoriale, mentre tutte le altre prestazioni rimangono gratuite. Il caso di UK è singolare, poiché la completa gratuità delle prestazioni diverse dalla farmaceutica è controbilanciato da un sistema, ormai rodato, di verifica delle pratiche prescrittive dei medici (di base e specialistiche), con conseguente loro forte responsabilizzazione⁹.

Nel gruppo dei *Partner* OECD, sono meno della metà i Paesi che, come l'Italia, non applicano *copayment* sulle prestazioni in regime di ricovero (12/30): Australia, Canada, Repubblica Ceca, Islanda, Olanda, Nuova Zelanda, Norvegia, Polonia, Repubblica Slovena, Spagna, Turchia, UK. Ancor di meno (9/30) quelli che, come l'Italia, non applicano compartecipazione sulle prestazioni dei medici di base: Canada, Repubblica Ceca, Ungheria, Olanda, Polonia, Repubblica Slovena, Spagna, Turchia, UK.

Nella maggior parte dei casi, quindi, il modello è quello di una responsabilizzazione del consumo distribuita continuamente lungo tutta la filiera sanitaria, dall'approccio al medico di base, alla diagnosi specialistica che può, poi, trovare continuazione in un ricovero per successive prestazioni, ovvero concludersi con dei risultati terapeutici immediati, ivi inclusa l'assunzione di alcuni farmaci distribuiti territorialmente (cfr. *infra*).

In Italia si è scelto, invece, di concentrare la responsabilizzazione soltanto nella fase della visita specialistica e della diagnostica, spaccando l'unitarietà della filiera sanitaria e trascurando che anche queste prestazioni avvengono sotto il controllo medico e con il rilascio di prescrizione (per la rimborsabilità). Questa scelta asimmetrica si presta a generare effetti negativi sugli incentivi individuali, per esempio: (a) rende conveniente il regime gratuito di ricovero ordinario creando le condizioni per un suo sovrautilizzo¹⁰, (b) spinge all'eccessivo ricorso al medico di base, che vede complicarsi la sua funzione di *gate-keeper* del sistema sanitario; (c) al contrario, può spingere al sottoutilizzo della diagnostica e delle visite specialiste in funzione preventiva, con possibili ripercussioni negative sullo stato di salute, tali da rendere poi necessarie terapie più intense o lo stesso ricovero ospedaliero gratuito¹¹.

La regolamentazione ottimale dovrebbe tentare di preservare quanto più possibile l'unitarietà della prestazione sanitaria, perché l'obiettivo della tutela della salute pubblica è perseguito valorizzando equamente tutti gli stadi della filiera, ciascuno assegnatario di funzionalità importanti, non sostituite ma complementari rispetto a quelle svolte dagli altri stadi. Per questo motivo, una responsabilizzazione omogenea lungo tutta la filiera, rispondente ad altrettanto omogenei criteri di esenzione/riduzione per finalità redistributive/equitative, è da preferirsi ad una che, alternando aree di intervento completamente gratuite ad aree

⁹ Cfr. “Investing in general practice – The new general medical services contract” e “Revision to the GMS contract 2006/07 – Delivering investment in general practice”, NHS Employers, www.nhsemployers.org.

¹⁰ Si pensi al diverso trattamento del ricovero ordinario e del ricovero diurno (*day-hospital*).

¹¹ Una responsabilizzazione anche nei confronti delle prestazioni in regime di ricovero fungerebbe, da questo punto di vista, come stimolo alla prevenzione e alla corretta aderenza delle terapie specialistiche.

compartecipate, diviene motivo di sostituzione tra prestazioni e di subottimalità del consumo. Si consideri, inoltre, che il regime di ricovero ordinario ingloba tipologie di prestazioni accessibili anche per altra via, come la diagnostica o la visita specialistica o il trattamento farmaceutico: di conseguenza, la fissazione di *copay* diversi su prestazioni che, benché collocate in differenti stadi della filiera, hanno la stessa natura e sono sempre somministrate sulla base di ricetta medica crea una forzatura della regolamentazione economica sul servizio sanitario.

In casi come l'Italia, inoltre, dove una "dismessa" architettura nazionale si combina a scelte regionali non coordinate (in linea teorica neppure con i principi costituzionali¹²), l'alternanza di aree gratuite e aree compartecipate rende ancor meno intelligibili i flussi redistributivi/equitativi e, quindi, difficilmente valutabile una funzione fondamentale del sistema sanitario universale.

Come interpretare la precedente tavola e i riferimenti alle pratiche dei *Partner OECD*? La completa gratuità non è garanzia di adeguatezza delle prestazioni, né sotto il profilo del corretto consumo individuale, né sotto il profilo delle disponibilità di risorse sufficienti a rendere indipendente, quando necessario, l'accesso alle prestazioni dai redditi individuali. Questo limite diviene tanto più cogente nei periodi in cui le condizioni di finanza pubblica richiedono uno stretto controllo degli stanziamenti di bilancio, come in Italia dall'inizio degli anni Novanta: in mancanza di criteri di selezione delle priorità, sia l'obiettivo della sostenibilità finanziaria che quello dell'equità sono difficilmente perseguibili e spesso cadono in contrasto.

L'Italia può sostenere che la gratuità del suo sistema sanitario ha assolto adeguatamente le funzioni redistributive-equitative di cui doveva essere strumento? La stabilità sul PIL della spesa pubblica tra il 1990 e il 2003 (13 anni in cui la media UE-15 è aumentata di 8 decimi di punto percentuale) e la contestuale dilatazione della spesa privata lasciano sollevare dubbi, che si aggravano se si guarda allo spaccato della spesa per fonti di finanziamento.

Spaccato per fonti di finanziamento private - % del totale

% spesa sanitaria privata	1990			2003		
	spesa out of pocket	spesa istituzionalizzata		spesa out of pocket	spesa istituzionalizzata	
		fondi sanitari e assicurazioni	associazioni assistenziali (laiche / religiose)		fondi sanitari e assicurazioni	associazioni assistenziali (laiche / religiose)
Francia	48,7	46,9	4,4	42,2	53,5	4,3
Germania	46,8	30,4	22,8	47,9	40,2	11,9
Italia	73,0	3,0	24,0	83,3	3,8	12,9
Spagna (1)	83,1	17,4	0,0	82,0	14,9	3,1
UK	64,0	19,9	16,1	<i>n.a.</i>	<i>n.a.</i>	<i>n.a.</i>
USA	33,0	56,6	10,4	25,3	66,0	8,7
UE-15 (2)	68,3	20,5	11,2	66,9	22,0	11,1

(1) al 2000

(2) media sui dati disponibili (11/15 nel 2003)

fonte: OECD, *Health Data 2005* (Ottobre)

¹² Pur nel fervore del dibattito sulla riforma costituzionale e sul nuovo assetto federalista, non si è giunti a sollevare questioni basilari. Quale livello massimo di compartecipazione è coerente con i LEA? E' politicamente sostenibile un sistema federalista in cui flussi redistributivi si indirizzano da Regioni che applicano *copayment* a Regioni che non lo fanno (cfr. anche paragrafo conclusivo)? Si tratta di snodi che dovrebbero essere sciolti preventivamente sul piano politico, per evitare che si trasformino in altrettanti ricorsi alla Corte Costituzionale.

Nel 2003, la gran parte (oltre l'83 per cento) della spesa privata sanitaria assume la forma, in Italia, di pagamenti diretti a valere sui redditi disponibili dei cittadini. Questo dato si confronta con il 42,2 della Francia, il 47,9 della Germania, l'82 della Spagna, il 25,3 degli USA e una media UE-15 di circa il 67 per cento. La posizione dell'Italia si inverte se si guarda al dato su fondi sanitari e assicurazioni sanitarie: il 3,8 per cento, contro una media UE-15 del 22 e valori molto più elevati per Francia, Germania e Stati Uniti. Il residuo di spesa, coperto da associazioni assistenziali e volontaristiche sia laiche che religiose, vede l'Italia al di sopra della media UE-15 e significativamente al di sopra di Francia, Spagna e USA. Per il Regno Unito non sono disponibili dati al 2003, ma nel 1990 la componente di fondi e assicurazioni era nettamente superiore a quella italiana, nonostante la lunga tradizione storico-politica del NHS che fonda le sue origini nell'universalismo *à la Beveridge*¹³.

Un ulteriore elemento emerge se si confrontano le tendenze: tra il 1990 e il 2003 la quota di *out of pocket* italiana aumenta di oltre 10 punti percentuali, laddove è in calo per Francia, Spagna e Stati Uniti e pressoché stabile nella media UE-15. L'opposto accade per la componente dei fondi e assicurazioni, con l'Italia che mostra l'incremento minore (solo 0,8 punti percentuali) dopo la Spagna, contro valori ben più significativi di Francia (6,6), Germania (9,8), Stati Uniti (9,4) e della media UE-15 (1,5).

I dati appena esposti rivelano una criticità in più dell'assetto italiano: nonostante la quasi completa gratuità, non solo la spesa privata è aumentata in sostituzione di quella pubblica (unico caso assieme alla Spagna in cui le due voci non coevolvono), ma si sta scaricando sempre di più in pagamenti diretti dei cittadini. Una vera e propria eterogenesi dei fini, dal momento che in queste condizioni la partecipazione del privato:

- avviene al di fuori di qualunque progettato organico schema di gradazione per condizione economico-sanitaria, con conseguenze redistributive in linea teorica incontrollabili;
- avviene al di fuori di una logica di prevenzione/assicurazione, colpendo *in toto* (per l'intero ammontare) i soggetti che si trovano a fronteggiare esigenze sanitarie;
- avviene gravando di volta in volta redditi già prodotti, senza istaurare quella connessione tra risparmio di lungo termine, mercati finanziari e investimenti produttivi che è la *ratio* fondante della diversificazione multipilastro, la via per bilanciare la domanda sanitaria crescente con la creazione/accumulazione di risorse per il suo soddisfacimento.

Le considerazioni sinteticamente esposte lasciano intendere come la difesa "ideologica" della gratuità del sistema sanitario debba lasciare il passo a politiche a più elevata capacità di penetrazione, più articolate e microfondate: per l'effettiva salvaguardia del diritto costituzionale alle prestazioni sanitarie rientranti nei LEA e per la realizzazione di flussi redistributivi-equitativi adeguati e sostenibili nel tempo. In caso contrario, il rischio è quello di "accontentarsi" di una idealistica enunciazione di principio, senza affrontare i tanti problemi, politici ed economici, della sua realizzazione e del suo mantenimento nel tempo.

¹³ Con finanziamento ricercato principalmente nella fiscalità generale o nella compartecipazione dei privati "filtrata" in base a caratteristiche soggettive economico-sanitarie (la cosiddetta redistribuzione *in-kind*). "A founding principle of the NHS was [is] equal treatment for equal health need irrespective of ability to pay".

1.3 Contrasto gratuità-universalismo: la spesa farmaceutica

La fondatezza di quest'ultima osservazione risalta ancor di più se l'analisi è approfondita a livello di spesa farmaceutica (come comparto della sanitaria). Nel periodo 1990-2003, l'Italia è l'unico Paese per il quale la spesa pubblica (in percentuale del PIL) decresce in controtendenza rispetto alla privata che aumenta; e l'aumento della privata (0,3 punti percentuali) è superiore al corrispondente della Francia (0,1), della Germania (0,1), della Spagna (0,0), del Regno Unito (0,1) e della media UE-15 (0,05); soltanto gli Stati Uniti (con una struttura del *welfare system* notoriamente diversa da quella dei sistemi continentali) mostrano un dato superiore (0,5).

E' necessario approfondire: (a) come questa evidenza si concili con la quasi completa gratuità in Italia dei farmaci prescrittibili in fascia "A"¹⁴, e (b) quali modalità di *copayment* esistano altrove (e in maniera specifica nei Paesi citati), per poter poi ricercare una interpretazione ai dati aggregati di spesa.

Spesa farmaceutica pubblica-privata – incrementi di incidenza sul PIL

% PIL	1990-2003	
	pubblica	privata
Francia	0,5	0,1
Germania	0,3	0,1
Italia	-0,2	0,3
Spagna (1)	0,3	0,0
UK (2)	0,2	0,1
USA	0,3	0,5
UE-15 (3)	0,2	0,05

(1) periodo 1995-2003

(2) periodo 1990-1997 e dati ricostruiti per differenza tra spesa totale e spesa pubblica

(3) lì dove mancanti, dati ricostruiti per differenza tra spesa totale e spesa pubblica

fonte: OECD, *Health Data 2005* (Ottobre)

Se si guarda al panorama dei Paesi OECD, si nota come l'applicazione del *copayment* sia diffusa e avvenga in forma percentuale rispetto al prezzo; in molti casi, esiste una vera e propria progressione di percentuali di compartecipazione a seconda della tipologia di farmaco, con eccezioni per particolari categorie di pazienti-acquirenti. Così avviene in (OECD, 2004):

- in Belgio, dove ad una compartecipazione base (*flat*) si aggiunge una percentuale del prezzo che può assumere i valori 10-20-30-50-100 per cento;
- in Danimarca, dove alla compartecipazione base si aggiungono percentuali del prezzo del 50-70-100 per cento;
- in Finlandia, dove gli schemi di *copayment* sono più complessi ma stabiliscono una diretta connessione col il prezzo del farmaco;
- in Francia, dove la maggior parte dei farmaci è soggetta a *copayment* del 35 per cento,

¹⁴ Anche l'applicazione del *reference pricing* soffre ancora di numerose limitazioni, riconducibili non solo al mancato coordinamento interregionale (sono le Regioni a definire le liste di trasparenza e quello che deve intendersi per "normale circuito distributivo"), ma anche al "collo di bottiglia" creato dalla distribuzione dei farmaci alla diffusione delle copie economiche equivalenti e dei *packaging* ottimali. Cfr. Nota CERM n. 4-05, "Reference pricing e copayment nei rapporti Stato-Regioni" e Nota CERM n. 5-05, "I margini di ricavo della distribuzione sui farmaci rimborsabili - Un confronto della normativa in Italia, Francia, Germania e Spagna".

che diviene 0 su alcuni di particolare importanza e sale al 65 sui rimanenti (“*comfort drugs*”);

- in Germania, dove esiste una percentuale unica di *copay*, il 10 per cento, con una soglia minima e massima della compartecipazione in valore assoluto;
- in Grecia, dove il *copay* si applica con tre aliquote, 0-10-25 per cento;
- in Giappone, dove l’aliquota è del 30 per cento e diviene del 20 sui prodotti immessi sul mercato da meno di 3 anni;
- in Lussemburgo, dove i farmaci dispensati sono suddivisi nella categoria a pieno rimborso (quelli più importanti sul piano terapeutico e clinico) e in quella a *copay* del 20 per cento;
- in Norvegia, dove, al di fuori di un gruppo a pieno rimborso, è applicato un *copay* del 25 per cento, con una soglia massima in termini assoluti;
- in Portogallo, dove, a seconda della classificazione del farmaco, si applica un *copay* crescente di 0-30-60-100 per cento;
- in Spagna, dove i farmaci sono suddivisi in due gruppi, quelli a pieno rimborso e quelli con *copay* del 40 per cento;
- in Svezia, dove la compartecipazione è piena (100 per cento) sino ad una certa soglia di prezzo, per poi decrescere per scaglioni di prezzo (prima il 50, poi il 25 poi il 10 per cento);
- in Ungheria (0-10-30-50-100 per cento), Islanda (0-12,5-25), Polonia (30-50), Svizzera (10) e Turchia (10-20), anch’essi aventi schemi percentuali.

Per essere completo, un confronto di questo genere non può prescindere da due elementi: (a) l’importanza del sistema farmaceutico pubblico sul totale dell’assistenza farmaceutica¹⁵, e (b) la dimensione relativa dei gruppi di farmaci soggetti a diverso *copayment*. Non è questa la sede per impostare una analisi così esaustiva; quello che si vuol sottoporre ad ulteriori riflessioni è che Paesi sufficientemente comparabili all’Italia¹⁶, come la Francia, la Germania, la Spagna, la Svezia, in misura minore la Grecia, hanno scelto una gradazione del *copayment* su tutto il parco dei prodotti in commercio, piuttosto che una netta divisione, come in Italia, tra i completamente rimborsati e i completamente a carico del privato.

La responsabilizzazione individuale sul consumo di tutti i farmaci in commercio è preferita ad una situazione “dicotomica” in cui un gruppo di farmaci è completamente gratuito (finanziato pubblicamente), mentre i rimanenti sono tutti a carico del privato. E’ un elemento che obbliga ad una profonda riflessione il nostro *policy maker*, se si considera, come si è visto, che, nonostante il *cost-sharing* sia a livelli minimi (solo in poche Regioni e non in forma percentuale¹⁷), la spesa farmaceutica privata italiana è quella che ha fatto registrare la maggior crescita di incidenza sul PIL: la sostenibilità sociale, infatti, dipende non solo dall’esistenza di una fascia “A” completamente gratuita, ma anche dalla sua ampiezza e, per differenza, dall’ampiezza del gruppo di farmaci a totale carico del privato.

A titolo di esempio, in Germania i farmaci etici (con obbligo di prescrizione) sono tutti rimborsabili, ma su tutti si applica il *copayment* percentuale; questo vale anche per la maggior parte dei *SOP* (i senza obbligo di prescrizione). Anche il sistema francese prevede la rimborsabilità di quasi tutti gli etici e di una gran parte dei *SOP*. In Italia, invece, i *SOP* non sono rimborsabili e la fascia “A” include un sottoinsieme dei farmaci con obbligo di prescrizione. Responsabilizzare il consumo su tutti i farmaci concorrerebbe a creare le compatibilità finanziarie per ampliare il perimetro della fascia “A” italiana: *copayment*,

¹⁵ E’ per questo, per esempio, che non è stato fatto riferimento agli USA, dove esiste un *copay* virtuale del 100 per cento, prima dell’intervento degli schemi assicurativi privati.

¹⁶ Per le caratteristiche qualificanti il sistema sanitario-farmaceutico: la dimensione del sistema pubblico, la copertura della popolazione da parte del sistema pubblico, i criteri di esigibilità per le prestazioni (OECD, 2004).

¹⁷ E con il *reference pricing* ancora debole nella sua architettura.

adeguatezza ed equità non sono necessariamente in conflitto; anzi, la costruzione di basi sistemiche efficienti è condizione per poter disporre di maggiori e sicure risorse da dedicare a finalità redistributive.

Per il comparto della farmaceutica, quindi, trova specifica conferma il giudizio conclusivo offerto per la sanitaria complessiva. Le (*best*) *practice* internazionali segnalano una preferenza del Legislatore-Regolatore verso una responsabilizzazione individuale ad ampio spettro nei confronti di tutti i prodotti in commercio (in alcuni casi vere e proprie declinazioni del *copayment*), come strumento per incentivare l'appropriatezza del consumo, allocare efficientemente le risorse e costituire le disponibilità finanziarie adeguate per perseguire gli obiettivi solidaristici, ogni Paese con la propria visione/identità politica. In Italia, invece, l'obiettivo "nominalistico" di avere una "*totally free zone*" da contrapporre al gruppo dei farmaci ad intero carico del privato è preferito ad obiettivi sostanziali in termini della varietà di prodotti disponibili e delle modalità di accesso per soggetti con condizioni economico-sanitarie diverse¹⁸.

Si può dire che l'Italia è ferma ad una concezione di universalismo che appare "antica", incapace di giudizi di priorità di tipo economico e sanitario e, quindi, incapace di confrontarsi con il continuo aumento della domanda sanitaria, con l'invecchiamento della popolazione e con le prospettive che la scienza e la tecnologia continuamente aprono a livello di diagnostica, terapia e prodotti. Di fronte a queste sfide/opportunità sarà sempre più necessario coordinare la spesa con le possibilità di spesa e, all'interno della spesa, concordare degli ordini di priorità. La compartecipazione al costo, articolata per tipologia di prestazione (*i.e.* per raggruppamento di prodotti farmaceutici¹⁹) e graduata in base alle caratteristiche economiche e sanitarie (quindi con esenzioni e abbattimenti), è uno strumento adatto ad introdurre quei principi selettivi non discriminatori necessari a questo scopo.

Non è la fine dell'universalismo e delle conquiste *welfariste* del Novecento; è la loro riproposizione e il loro consolidamento per gli anni avvenire.

1.4 Esempi dalla farmaceutica: la diversificazione regionale

La spesa farmaceutica pubblica fornisce altri esempi della necessità di responsabilizzare a livello individuale la fruizione delle prestazioni (anche con strumenti ulteriori rispetto al *copayment* e con effetti su altri operatori attivi lungo la filiera sanitaria, in primo luogo i medici prescrittori²⁰).

Nel 2005, lo sfondamento del programma di spesa territoriale convenzionata (la spesa farmaceutica rientrante nei LEA e a carico del bilancio centrale, attraverso la ripartizione del

¹⁸ Esenzioni e abbattimenti esistono nelle poche Regioni che fanno uso di *ticket* farmaceutico, ma si è ben lontani da un approccio sistemico e coordinato su scala nazionale.

¹⁹ Cfr. Quaderno CERM n. 3-04, "*Strumenti di regolazione del mercato farmaceutico: un'analisi ragionata*". L'eventuale articolazione del *copayment* per prodotto è una operazione regolatoria estremamente complessa, perché deve fondarsi su raggruppamenti dei farmaci motivati dalle proprietà chimiche, terapeutiche e biologiche. Potrebbe divenire uno dei compiti dell'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) in un auspicabile rinnovamento delle sue funzioni che, negli ultimi anni, prestate dall'obiettivo del controllo immediato della spesa, hanno assunto sempre di più improprie connotazioni fiscali.

²⁰ Il *copayment*, quando applicato in percentuale del prezzo del farmaco, è una misura lato consumo che dispiega effetti positivi anche lato produzione. Rendendo sensibile al prezzo l'acquirente, implicitamente spinge a competere à la Bertrand i produttori. Inoltre, la responsabilizzazione del paziente-consumatore è da stimolo anche nei confronti dei medici-prescrittori, per la scelta dei prodotti più economici equivalenti.

Fondo Sanitario Nazionale) è attribuibile interamente a 4 Regioni; addirittura quasi il 114 per cento, dal momento che altre Regioni hanno compensato con risparmi di spesa.

<i>il tetto del 13% (1)</i>	spesa farmaceutica territoriale netta SSN 2005 (milioni di Euro)	sfondamento assoluto del <i>target</i> ²¹ (milioni di Euro)	% dello sfondamento totale	% cumulata dello sfondamento totale
Lazio	1.472	438	42,6%	42,6%
Sicilia	1.308	346	33,6%	76,2%
Campania	1.274	213	20,7%	96,9%
Puglia	939	173	16,8%	113,7%

(1) tetto posto dal Patto di Stabilità Interno al rapporto tra spesa farmaceutica territoriale finanziabile dal bilancio centrale e programma di finanziamento del SSN a carico dello stesso bilancio centrale

fonte: elaborazioni del CERM su dati AIFA (2006)²²

La forte differenziazione regionale (relativa non solo al 2005, ma ormai a carattere strutturale) si colloca in un contesto nazionale in cui gli incrementi di spesa sono trainati dalle quantità (+32 per cento tra il 2000 e il 2004 in termini di *ddd ab die*; cfr. Rapporti OSMED 2003-2005²³), mentre i prezzi si muovono sempre in controtendenza (risultato della politica di abbattimento attuata dall'AIFA) e l'effetto *mix* (l'ottimizzazione del paniere di consumo con il ricorso agli equivalenti economici) o è trascurabile o addirittura negativo²⁴.

Questa evidenza dovrebbe indurre a riflettere sulla necessità/opportunità di interventi di regolazione sul lato domanda microfondati nelle realtà regionali ma coordinati, nella loro ispirazione generale, su scala nazionale; infatti, le dinamiche di spesa hanno effetto sulla finanza pubblica nazionale ed è quindi nell'interesse di tutte le Regioni che le altre governino bene la sanità/farmaceutica, adottando misure adeguate agli scenari in corso.

<i>il tetto del 3% (1)</i>	spesa farmaceutica non convenzionata SSN 2005 (milioni di Euro)	sfondamento assoluto del <i>target</i> ²⁵ (milioni di Euro)	% dello sfondamento totale	% cumulata dello sfondamento totale
Toscana	265	93	16,0%	16,0%
Emilia Romagna	280	85	14,6%	30,6%
Lazio	322	83	14,3%	44,9%
Veneto	276	66	11,4%	56,3%

(1) tetto posto dal Patto di Stabilità Interno al rapporto tra spesa farmaceutica non convenzionata (ospedaliera e da distribuzione diretta) finanziabile dal bilancio centrale e programma di finanziamento del SSN a carico dello stesso bilancio centrale

fonte: elaborazioni del CERM su dati AIFA (2006)

Risultati equivalenti (anche se meno accentuati) si traggono dall'analisi dello sfondamento avvenuto nel 2005 dell'altro programma di spesa, per la farmaceutica non convenzionata (l'ospedaliera e quella tramite la distribuzione diretta). Oltre la metà dello sfondamento è

²¹ *Target* calcolato come il 13 per cento del fondo sanitario regionale (la quota parte del fondo sanitario nazionale, finanziato dal bilancio statale, di pertinenza della Regione).

²² Documenti disponibili su www.agenziafarmaco.it.

²³ Tassi di crescita che, se mantenuti, in poco più di un decennio porteranno a raddoppiare il consumo *pro-capite* in quantità.

²⁴ Cfr. Quaderno CERM n. 3-06, "La spesa farmaceutica pubblica – Analisi degli ultimi anni e indicazioni per una nuova politica economica".

²⁵ *Target* calcolato come il 3 per cento del fondo sanitario regionale (la quota parte del fondo sanitario nazionale, finanziato dal bilancio statale, di pertinenza della Regione).

attribuibile a 4 Regioni, con il Lazio che (unico caso) contribuisce al superamento dei programmi di spesa sia per la convenzionata che per la non convenzionata.

La diversificazione interregionale conferma, quindi, che la politica sanitaria deve compiere un vero e proprio “salto di qualità”: deve microfondarsi, superando sia la generalizzazione del suo obiettivo redistributivo-equitativo, cioè la gratuità senza o con scarsa distinzione, sia la generalizzazione degli interventi di controllo della spesa sinora adottati, dai vincoli bilancistici uniformi, ai ripiani d’urgenza, agli abbattimenti dei prezzi²⁶.

1.5 Esempi dalla farmaceutica: il copayment percentuale riequilibrante

Inoltre, se si calcola il *copayment* percentuale che, applicato alla spesa farmaceutica lorda IVA esclusa, avrebbe permesso di assorbire lo sfondamento annuale del 2004 e del 2005, emergono aspetti interessanti, soprattutto in una prospettiva di comparazione internazionale. I valori devono essere analizzati tenendo presente che il calcolo avviene in equilibrio parziale, cioè senza tener conto delle modifiche che il *copayment* percentuale genererebbe sulle scelte individuali, in termini sia di maggior controllo dell’appropriatezza e dell’efficacia dei consumi sia di scelta dei prodotti equivalenti più economici²⁷. Devono essere analizzati anche nella loro natura di valori medi, sui quali il *policy maker* potrebbe intervenire con gradazioni, abbattimenti ed esenzioni per salvaguardare gli obiettivi dell’equità e dell’adeguatezza (cioè l’universalismo).

**Il copayment percentuale riequilibrante sulla spesa farmaceutica a carico del SSN –
computo in equilibrio statico**

<i>valori in milioni di Euro</i>	spesa farmaceutica lorda (1)	spesa farmaceutica lorda, IVA esclusa	sfondamento IVA esclusa (2)	copayment % riequilibrante (statica comparata²⁸)
2004 (solo territoriale)	13.493	12.266	1.219	10%
2005 (solo territoriale)	13.408	12.189	1.029	8,5%
2005 (territoriale, ospedaliera)²⁹	16.054	14.594	1.610	11%

*allineati al
lower bound
dei Paesi
OECD*

(1) al lordo di *ticket* regionali, *ticket* sui genericabili (*reference pricing*) e sconto obbligatorio a carico della farmacia

(2) ammontare netto (sfondamento che deve effettivamente trovare compensazione)

fonte: elaborazioni del CERM su dati OSMED e AIFA (2006)

²⁶ Cfr. Nota CERM n. 5-06 “L’Italia ‘ostaggio’ di un Patto che spacca” e Nota CERM n. 6-06 “Il sistema farmaceutico alla ricerca di regole ‘intelligenti’”.

²⁷ Si fa riferimento ai soli effetti lato consumo, perché sono quelli più velocemente ingenerabili. In realtà, il *copayment* percentuale è uno strumento di regolazione attivo sia sul lato consumo che su quello produzione e immissione in commercio. Infatti, rendendo sensibile al prezzo il paziente-acquirente, crea stimoli pro-concorrenziali tra i produttori, spingendoli a strategie di prezzo il più possibile allineate ai costi efficienti di produzione. Perché questo avvenga è necessario che la filiera distributiva del farmaco non frapponga “cunei da rendita”.

²⁸ A parità di consumi, cioè senza considerare gli effetti di incentivo al consumo efficiente impliciti nel meccanismo di *copayment*. Il valore è medio, ma potrebbe essere rimodulato a seconda dei prodotti e delle condizioni socio-economiche del paziente-consumatore.

²⁹ La spesa territoriale è quella lorda. Per quanto riguarda la spesa ospedaliera, la differenza tra lorda e netta sarebbe difficilmente individuabile, dal momento che i farmaci impiegati nelle terapie in regime di ricovero rientrano nella tariffazione dei DRG e, quindi, nell’eventuale *copayment* adottato dalla Regione; come si è detto, però, nella quasi totalità dei casi le prestazioni in regime di ricovero ordinario sono gratuite, mentre una differenziazione regionale comincia a manifestarsi per le prestazioni in regime diurno (*day-hospital*). Nella tavola si fa direttamente riferimento al dato riportato in AIFA (2006).

La percentuale del *copayment* riequilibrante deve, quindi, intendersi come una sovrastima di quella che effettivamente sarebbe stato necessario adottare per stabilizzare la spesa (*i.e.* per mantenere la proporzione del 13/16 per cento): un valore compreso tra l'8,5 e l'11 per cento, che le scelte politiche avrebbero potuto modulare a seconda delle condizioni economico-sanitarie soggettive (la riscoperta dell'ISES o di un suo simile?) e della tipologia di prodotto (il rinnovato ruolo dell'AIFA, in luogo della contabilità dei tagli dei prezzi dei farmaci?). Tale valore sarebbe stato, inoltre, allineato ai livelli più bassi con cui il *copayment* percentuale trova applicazione nei *Partner* OECD; avrebbe rappresentato, quindi, una soluzione di *policy* sulla quale si poteva, come ancora si potrebbe, ricercare convergenza tra Stato e Regioni.

2. Conclusioni: la responsabilizzazione individuale per sostenere l'universalismo

In conclusione, gli schemi di responsabilizzazione individuale, bilanciati con esenzioni e abbattimenti, rappresentano leve di politica economica importanti per governare il sistema sanitario, bilanciando l'obiettivo della sostenibilità finanziaria e quello dell'adeguatezza e dell'equità.

Strumenti che, nella fase storica che sta attraversando l'Italia, meriterebbero molta più attenzione di fronte all'esigenza di far coesistere tre aspetti salienti di un sistema complesso come quello sanitario:

- il riconoscimento omogeneo dei LEA su tutto il territorio nazionale;
- i flussi redistributivi interregionali necessari a rendere effettivo questo valore politico costituzionale;
- la stabilità delle finanze pubbliche regionali, come parte della stabilità finanziaria del Paese.

La trasformazione federalista del sistema sanitario non riuscirà a produrre i suoi effetti positivi se non fondata su una architettura regolatoria nazionale, che costituisca una base di reciproca "fiducia" delle Regioni e permetta il coordinamento di politiche sanitarie contenenti anche aspetti di diversità. In caso contrario, il federalismo prende presto la forma di una deriva o di una diaspora.

E' necessario, quindi, ricostituire quella struttura regolatoria comune che si è persa nel 2000 e alla quale non ha fatto seguito alcuna nuova costruzione concertata tra Stato e Regioni. Rispetto a questa base, le Regioni potranno derogare, di volta in volta dimostrando, con autentici Programmi di Stabilità Regionali al vaglio della Conferenza Stato-Regioni (o del nascente Senato Federale?), la capacità di garantire la continuità dei LEA e mantenere il controllo della spesa. All'interno di questa rinnovata impostazione dei rapporti Stato-Regioni, le compartecipazioni ai costi rappresentano un punto importante dell'*agenda*, per la loro capacità di responsabilizzare i fruitori, allocando efficientemente le risorse e liberandone altre per rafforzare le finalità redistributive-equitative.

Il quadro normativo è ad oggi estremamente frastagliato, con il Legislatore regionale praticamente isolato e senza punti di riferimento. Quale livello di *copay* mette a rischio l'effettività dei LEA? Se esenzioni e abbattimenti sono molto diversificati tra Regioni, si può ancora parlare di LEA? Il ricorso a differenti raggruppamenti di prestazioni per applicare *copay* o, viceversa, lo spaccettamento di una stessa prestazione in più modalità ai fini del *copay* rimane coerente con i LEA o li riscrive? E ancora, quali giustificazioni economico-

politiche si possono addurre al flusso redistributivo che da una Regione che correttamente responsabilizza la domanda va verso una che non lo fa e che non riesce a rispettare i programmi di finanziamento? Sono domande proiettate nel vuoto normativo in cui con troppa fretta è stato lanciato il sistema sanitario nazionale. E' necessario che la Politica risponda per tempo, prima che questi interrogativi divengano altrettanti contenziosi di fronte alla Corte Costituzionale, trasformando il federalismo da evoluzione dell'ordinamento a declino delle Istituzioni.

Un *copayment* nazionale sarebbe la base contemporaneamente di efficienza e di equità su cui innestare l'autonomia delle Regioni:

- da un lato, permetterebbe una responsabilizzazione minima della domanda; uno "zoccolo duro" di efficienza condivisa tra le Regioni e per questo motivo capace di più consistenti effetti pro-concorrenziali anche sul lato dell'offerta di prestazioni;
- dall'altro lato, il riferimento ad un omogeneo criterio per graduare l'aliquota di compartecipazione o selezionare i casi di esenzione metterebbe in atto un livello minimo di redistribuzione attivo su tutto il territorio nazionale (indipendentemente dai confini regionali), che potrebbe divenire parte integrante della definizione dei LEA.

Questo criterio nazionale endogenamente indirizzerebbe più risorse nelle Regioni a più basso reddito *pro-capite* o dove sono più numerose le categorie meritevoli di abbattimenti della compartecipazione o di esenzione totale. Diverrebbe, quindi, una vera e propria microfondazione dei flussi redistributivi interregionali, aumentandone la trasparenza, a garanzia sia dei cittadini delle Regioni che li alimentano (consapevoli che sono ben impiegati altrove³⁰), sia dei cittadini delle Regioni che li ricevono (rassicurati nell'efficacia e nella sostenibilità nel tempo della funzione equitativa)³¹.

A partire da questo primo livello di redistribuzione (quella che si potrebbe definire "costituzionale" perché integrata nei LEA), le Regioni potrebbero operare scelte diverse, in maggiorazione o in diminuzione del *copay*, dimostrando però ogni volta di essere in grado di mantenere l'effettività dei LEA sul loro territorio nel caso di maggiorazione³², o di essere in grado di mantenere il perfetto controllo sulle dinamiche della loro spesa nel caso di diminuzione³³. Questa via permetterebbe di armonizzare principi costituzionali, interessi economici nazionali e libertà politica delle Regioni.

³⁰ Cioè non si trasformano in sussidi all'inefficienza e non creano il paradosso del cittadino residente in una Regione che "esporta" redistribuzione e che si può trovare svantaggiato rispetto al cittadino, con le sue stesse identiche caratteristiche economico-sanitarie, ma residente in un'altra Regione che applica un *copayment* inferiore alla prima o non lo applica affatto. La varietà economica e sociale, infatti, non può essere costretta nella distinzione tra Regioni "ricche" e Regioni "povere", senza poi fare ulteriori distinzioni all'interno delle stesse. Le cause/situazioni di indigenza sono molteplici e possono assumere forme nascoste e complesse di pari passo con lo sviluppo economico.

³¹ Ovviamente, i flussi redistributivi interregionali non sarebbero alimentati dal *copayment* (così come non lo sono adesso, né nel funzionamento teorico del Decreto Legislativo n. 56/00 né nella pratica di ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale tra le Regioni in sede di Conferenza Stato-Regioni). La regolamentazione di base, condivisa tra tutte le Regioni, sarebbe la garanzia di flussi redistributivi commisurati il più possibile al consumo efficiente dei LEA in ogni Regione. Sarebbe, in altri termini, uno strumento per dimensionare anno per anno il Fondo Sanitario Nazionale e suddividerlo tra le Regioni secondo criteri di *cost-effectiveness*; uno di quei punti di riferimento economici di cui è sinora rimasto completamente sprovvisto il confronto Stato-Regioni e Regione-Regioni.

³² L'obiettivo può esser mantenuto prevedendo, per esempio, che la maggiorazione del livello medio del *copay* venga controbilanciata da una più ampia casistica di abbattimenti ed esenzioni o dal riferimento ad un indicatore di gradazione del *copay* più progressivo di quello in uso su scala nazionale.

³³ Anche in questo caso, l'obiettivo può esser mantenuto modificando la progressività del *copay* rispetto al reddito-patrimonio, in modo tale da creare le condizioni finanziarie per sostenere un *copay* medio regionale inferiore. Oppure, le Regioni potrebbero attivare altri strumenti di controllo della spesa o fare affidamento su risparmi in altre poste del bilancio sanitario o extra-sanitario (senza nocumento per i LEA sanitari ed extrasanitari).

Quale deve essere la portata del primo livello di redistribuzione? A quale indicatore sintetico della condizione soggettiva (reddito-patrimonio) far riferimento per graduare la compartecipazione nazionale? Entro quale cornice normativa le Regioni potranno poi muoversi per modificare i parametri della redistribuzione di base (il secondo livello della redistribuzione, quello intraregionale)? Quale procedura dovrà attivarsi per verificare i programmi di Stabilità Regionali?

Domande complesse, che sicuramente cadono al di là dello scopo di questa Nota. Si è ben consapevoli che esse equivalgono, tra l'altro, alla riapertura del dibattito sull'ISES, ma non stupisce che, in un Paese che vuol avviare il federalismo mantenendo, per giusti e irrinunciabili motivi, ingenti flussi redistributivi interregionali, i problemi possano essere sintetizzati nella scelta e nel funzionamento di un indicatore (o di una griglia di indicatori) che è contemporaneamente strumento di efficienza e di equità³⁴.

E' necessario ricucire dalle fondamenta; e la convergenza verso modelli di *copayment* condivisi (quello di base più le modifiche regionali) è uno dei tasselli per ridare slancio alla trasformazione federalista. Utilizzato *cum granu salis* è uno strumento che può favorire la coesione territoriale, garantendo l'affidabilità reciproca tra le Regioni, e la coesione sociale, consolidando l'universalismo delle prestazioni sanitarie negli anni avvenire.

19 Giugno 2006

³⁴ Il tema merita approfondimenti di sicura maggior ampiezza. Per adesso se ne sottolinea la centralità, rimandando ai prossimi contributi analisi specifiche.

Riferimenti

AIFA, vari documenti relativi al monitoraggio della spesa farmaceutica disponibili su:
http://www.agenziafarmaco.it/aifa/servlet/section.khtml?target=&area_tematica=DOCUMENTI§ion_code=AIFA_DOCUMENTI&cache_session=true.

CERM, *“La spesa farmaceutica pubblica – Analisi degli ultimi anni e indicazioni per una nuova politica economica”*, Quaderno CERM n. 3-06, Giugno 2006, Roma

CERM, *“Spesa sanitaria, demografia, governance istituzionale”*, Quaderno CERM n. 2-06, Gennaio 2006, Roma

CERM, *“I margini di ricavo della distribuzione sui farmaci rimborsabili - Un confronto della normativa in Italia, Francia, Germania e Spagna”*, Nota CERM n. 9-05, Settembre 2005, Roma

CERM, *“Reference pricing e copayment nei rapporti Stato-Regioni”*, Nota CERM n. 4-05, Aprile 2005, Roma

CERM, *“Strumenti di regolazione del mercato farmaceutico. Un’analisi ragionata”*, Quaderno CERM n. 3-04, Luglio 2004, Roma

Commissione Europea, *“The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU-25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050)”*, Rapporto congiunto con il Comitato di Politica Economica di ECOFIN

Ministero dell'Economia, *“Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese – Anno 2004”*, 2005, disponibile su www.tesoro.it

OECD, *“Projecting OECD health and long-term care expenditures: what are the main drivers?”*, Economic Department WP n. 477, ECO/WKP(2006)5

OECD, *“Towards high performing health systems”*, The OECD Health Project, 2004

OECD, contributi vari su: www.oecd.org/health

OSMED, *“L’uso dei farmaci in Italia – Rapporto nazionale anno 2004”*, Giugno 2005, Roma

OSMED, *“L’uso dei farmaci in Italia – Rapporto nazionale anno 2005”*, contenuti disponibili in anticipazione sui siti web istituzionali del Ministero della Salute e dell’AIFA (Rapporto atteso per Giugno-Luglio 2006)

CERM - *Competitività, Regolazione, Mercati*
Via G. Poli n. 29
00187 ROMA, Italy
Tel.: 06 - 69.19.09.42
Fax: 06 - 69.78.87.75
www.cermlab.it
cermlab@cermlab.it

Competitività
Regolazione
Mercati

CERM

CERM pubblica

Note, Quaderni e Rapporti



nell'ambito delle Aree Tematiche:

FR - *Finanza Pubblica & Riforme* | **LR** - *Liberalizzazioni & Regolazione* | **IP** - *Innovazione & Produttività*