

Cinque punti cardine per l'*agenda* di politica economica sanitaria

di Fabio Pammolli e Nicola C. Salerno
CERM – Roma

Il primo passo è compiuto. Il Governo ha confermato l'“esecutività” dell'articolo della Finanziaria-2006 che attiva, anche in via automatica, incrementi delle aliquote IRE-IRAP nelle Regioni che devono coprire la sovrappeso sanitaria dell'anno prima. Le riforme sanitarie non possono, però, risolversi solo in questo, perché altrimenti si persevera nell'errore, endemico nelle nostre aspirazioni federaliste, di intervenire soltanto su un piano finanziario, trascurando completamente il coordinamento delle politiche settoriali reali. L'*agenda* di politica economica sanitaria per la Legislatura entrante è ampia, ma sembrano cinque i suoi punti cardine.

[1] *I rapporti Stato-Regioni per la programmazione reale*

Deve trovare una sistemazione strutturale e trasparente il confronto Stato-Regioni, considerando che il suo obiettivo è duplice: sia la sostenibilità finanziaria di lungo termine sia l'effettività dei livelli essenziali di assistenza (un principio costituzionale). E' necessario costruire una base di efficienza condivisa tra le Regioni, senza la quale persino l'adeguatezza del Fondo Sanitario Nazionale (e dei flussi redistributivi impliciti nella sua suddivisione) è difficilmente valutabile e si può trasformare in una scusante per gli sfondamenti di spesa. Questo implica che in un qualche luogo istituzionale (la Conferenza Stato-Regioni? il Senato Federale?) si concertino annualmente delle *policy guidelines* sanitarie cui le Regioni devono ispirarsi per i processi di riforma. E' questa la nuova veste coordinata e programmatica che deve assumere il Patto di Stabilità Interno (molto più vicino al Patto di Stabilità e Crescita UE che alla “griglia” di vincoli attualmente in vigore). In ogni Regione, l'elettore deve sapere che, se le sue IRE e IRAP aumentano, è perché il politico che lui ha eletto ha scelto di non attenersi alle *guidelines*. In questo modo, la responsabilizzazione finanziaria agisce in senso positivo e non rischia di essere fraintesa con una “imposizione dall'alto”.

[2] *La responsabilizzazione individuale*

Uno dei primi punti di discussione nel confronto Stato-Regioni è quello della responsabilizzazione individuale. La sua importanza risulta evidente dalla profonda differenziazione interregionale nei disavanzi sanitari-farmaceutici e nelle dinamiche delle quantità consumate. Una buona parte del giudizio di affidabilità che le Regioni svilupperanno le une sulle altre dipenderà, quindi, dalla capacità di incentivare i consumi efficienti. Lo strumento più adatto, a tal fine, è quello del *copayment*, con esenzioni ed abbattimenti per tener conto delle condizioni sanitarie soggettive e dei livelli di reddito. Una proposta su cui tornare a riflettere potrebbe essere quella di adottare uno schema di *copayment* omogeneo nazionale su tutte le prestazioni sanitarie e farmaceutiche a carico del SSN, cui le Regioni possono derogare presentando programmi alternativi finanziariamente sostenibili. La farmaceutica fornisce un esempio paradigmatico dell'importanza della regolazione dei consumi: (a) dal 2000 al 2004 le quantità *pro-capite* dei farmaci rimborsabili (misurate in *ddd*) sono aumentate del 35

per cento, con quasi il 90 per cento degli sfondamenti di spesa concentrati in quattro Regioni; (b) l'applicazione di un *copay* percentuale del prezzo mediamente pari al 10-11 per cento (un livello nella media di numerosi Paesi OECD e con possibilità di modulazione) avrebbe garantito (in equilibrio statico, cioè senza considerare le variazioni efficienti indotte nel paniere di consumo) il rispetto dei programmi di spesa (fonte Quaderno CERM n. 3-06 in pubblicazione) [1].

[3] Le riforme pro-concorrenziali lungo la filiera del farmaco

Significativi miglioramenti di efficienza esistono nel comparto farmaceutico. In luogo dei ripetuti abbattimenti generalizzati dei prezzi, il contenimento della spesa dovrebbe fondarsi sulla premiazione dei comportamenti virtuosi. In quest'ottica, la completa liberalizzazione degli esercizi farmaceutici (da più di un decennio richiesta dall'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato) e la promozione dei farmaci equivalenti economici (anch'essa oggetto di segnalazioni dell'AGCM; l'Italia ha una delle più basse penetrazioni di farmaci generici tra i *Partner* UE) sono i due passi più importanti. Se la distribuzione fosse completamente liberalizzata (non opponendo più nessun "collo di bottiglia"), il coordinamento Stato-Regioni sulla responsabilizzazione della domanda (*copayment* e *reference pricing*) si tradurrebbe *tout court* in impulsi ai produttori a competere *à la Bertrand* (con conseguente diffusione delle copie economiche) o a competere nelle varietà di *packaging* (con conseguente diversificazione dell'offerta per un consumo ottimale; l'Italia è tra i *Partner* UE con l'offerta meno diversificata nel *packaging*). Le risorse "fresche" liberate grazie agli incrementi di efficienza diverrebbero anche una naturale fonte di finanziamento per la R&S e l'innovazione, in sostituzione degli strumenti amministrativi e burocratici da qualche anno allo studio (il fondo per il *premium price*, finanziato annualmente come posta del bilancio dello Stato e ripartito in base a parametri aziendali). [2]

[4] La definizione operativa dei LEA

E' necessario, inoltre, pervenire ad una definizione chiara ed operativa dei livelli essenziali di assistenza (LEA), cioè di quei gruppi di prestazioni che devono essere garantite in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale e per la maggior parte del costo (a meno dell'eventuale *copay*) a carico del SSN. Ad oggi, quasi tutto quello che il SSN fa rientra nei LEA, perché è mancata una fase di adeguata selezione delle prestazioni, in base alla loro rilevanza socio-sanitaria, e di coordinamento delle stesse con le possibilità di spesa [3]. Identificare concretamente le prestazioni che possono essere prese a carico dal SSN è, invece, il primo passo per poter valutare la sostenibilità del sistema sul piano finanziario e la sua adeguatezza/equità sul piano sociale. Inoltre, il perimetro dei LEA non è indipendente dagli schemi di *copayment* scelti e coordinati tra Stato e Regioni; infatti, quanto più il consumo è efficiente, tanto più ampio può essere il gruppo delle prestazioni che il SSN è in grado di finanziare in equilibrio. Efficienza ed equità si sostengono a vicenda.

[5] I pilastri privati sanitari

Da ultimo, lo sviluppo dei pilastri privati, sia collettivi (i fondi) che individuali (le polizze assicurative). La loro importanza è stata rimarcata anche nella Relazione del Governatore Draghi, come strumenti indispensabili per incentivare e organizzare il risparmio di lungo termine per finalità meritorie, garantendogli una fiscalità agevolata. L'Italia è ai vertici della classifica OECD per incremento dell'incidenza sul PIL della spesa sanitaria e farmaceutica privata; e a differenza dei maggiori *Partner*, la quasi totalità della spesa ha la forma di pagamenti diretti dei cittadini a valere sui loro redditi disponibili, con effetti distributivi potenzialmente incontrollabili [4]. Lo sviluppo dei pilastri privati agevolati sarebbe uno strumento di *policy* in più per bilanciare i due obiettivi della

sostenibilità finanziaria e dell'adeguatezza/equità. A questo proposito, è da valutare la possibilità di far convergere in un unico strumento finanziario il fondo sanitario e quello pensionistico (per il quale il quadro giuridico e organizzativo è al momento più completo). Se ne potrebbero ottenere alcuni vantaggi: (a) la "congiunzione" dei due beni (sanità e pensioni) e la possibilità di offrire coperture sanitarie collettive limiterebbero l'effetto di *adverse selection*; (b) inoltre, si creerebbe una endogena responsabilizzazione nei confronti del consumo di prestazioni sanitarie, se le risorse non adoperate per la sanità si accumulassero direttamente a formare i benefici per la pensione, riducendo così la possibilità di *moral hazard* [5]; (c) infine, la presenza di copertura sanitaria per la quiescenza potrebbe permettere maggior flessibilità nelle proporzioni con cui oggi si può suddividere in rendita/una tantum il montante maturato nei fondi pensione.

Una presa di posizione del Governo, in tempi rapidi, sui cinque precedenti punti segnalerebbe quale rotta vorrà seguire la neonata Legislatura.

Roma, lì 6 Giugno 2006

[1] La responsabilizzazione del paziente-consumatore è condizione anche per trasmettere impulsi pro-concorrenziali agli operatori attivi nel settore. La sensibilità della domanda al prezzo, infatti, spinge gli offerenti a mantenere i prezzi il più possibile allineati ai costi-efficienti di produzione.

[2] L'Italia ha la normativa regolante l'attività di farmacie/farmacisti più chiusa e corporativistica tra i *Partner UE*; i margini *ex-lege* fissati per la distribuzione dei farmaci di fascia "A" sono, oltretutto, i più inefficienti, favorendo la canalizzazione al consumatore dei prodotti più costosi (sia in termini di prezzo per *standard unit* sia in termini di adeguatezza del *packaging* alla patologia in cura). In percentuale del volume di farmaci consumati (*standard unit* di rimborsabili e non rimborsabili), l'Italia ha una diffusione dei generici puri inferiore al 5 per cento, contro l'11 della Francia, oltre il 19 della Germania, oltre il 33 del Regno Unito, oltre il 42 degli USA e una media UE-15 di circa il 16 per cento (elaborazioni CERM su dati IMS). Infine, nel confronto con Francia, Germania e Spagna, l'Italia è quella che mostra con chiarezza l'offerta meno diversificata di farmaci rimborsabili, se si considera il numero di confezioni per prodotto, il numero minimo e massimo di *standard unit* con cui i *packaging* di ogni prodotto sono presenti sul mercato, la variabilità degli stessi *packaging* all'interno del *min-max* (elaborazioni CERM su dati IMS).

[3] Il DPCM del 29 Novembre 2001 ha individuato i LEA tramite una ricognizione di tutte le prestazioni che, a quella data, venivano svolte dal SSN.

[4] Nel gruppo dei principali *Partner OECD*, l'Italia è uno dei rari casi (assieme alla Spagna) in cui, tra il 1990 e il 2003, l'incremento di incidenza sul PIL della spesa privata è stato superiore a quello della pubblica, e questo è valso sia per la sanitaria complessiva, +0,1 per cento della pubblica contro +0,5 della privata, che per la farmaceutica, addirittura -0,2 per la pubblica contro +0,3 della privata. Un andamento divergente di questo tipo non si è verificato neppure negli USA, dove la spesa pubblica è cresciuta di 2 punti percentuali di PIL, mentre quella privata di 1,2. Inoltre, l'Italia spicca per l'aumento di incidenza della quota dei pagamenti diretti sul totale della spesa privata: +9,5 per cento tra il 1990 e il 2003 contro una media UE-15 di -0,1 per cento (fonte *OECD Health Data*).

[5] Il fondo potrebbe acquistare (all'atto dell'adesione del partecipante) una polizza assicurativa collettiva in modo tale da ridurre l'*adverse selection*. La polizza coprirebbe le spese sanitarie a meno di un *copayment* che di volta in volta viene finanziato dalla stesso fondo e, quindi, sottratto all'accumulazione del capitale. La possibilità di applicare compartecipazioni in percentuale significativa, perché a carico del fondo e non direttamente del partecipante, limiterebbe i rischi di *moral hazard*. Nel complesso, un attento disegno contrattuale potrebbe ridurre significativamente i costi della copertura sanitaria privata e, soprattutto, contrastare le asimmetrie individuali che caratterizzano i pacchetti sanitari privati.