
La sanità e i farmaci in Italia: le anomalie, i problemi, le possibili soluzioni

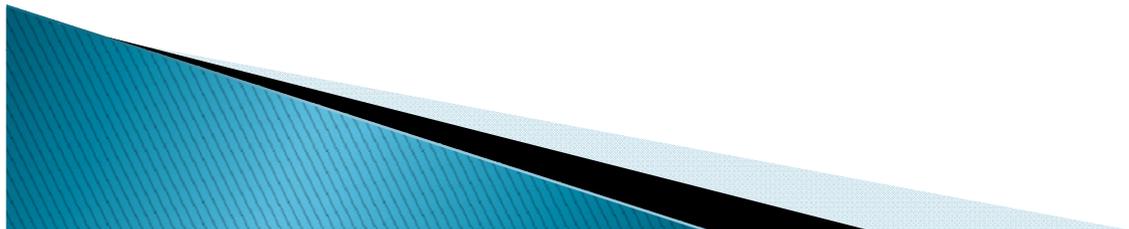


Vincenzo Atella e Lorenzo Carbonari
Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"
Facoltà di Economia

documento preparato per  ITALIAN AMERICAN
PHARMACEUTICAL
GROUP
Roma, Marzo 2010

Tre quesiti a cui dare risposta:

1. Esiste un **problema di composizione** della spesa sanitaria italiana?
2. Esiste un margine per un **recupero di efficienza** nella Sanità italiana?
3. Può la **politica sanitaria** essere determinata esclusivamente da **considerazioni di natura contabile**?

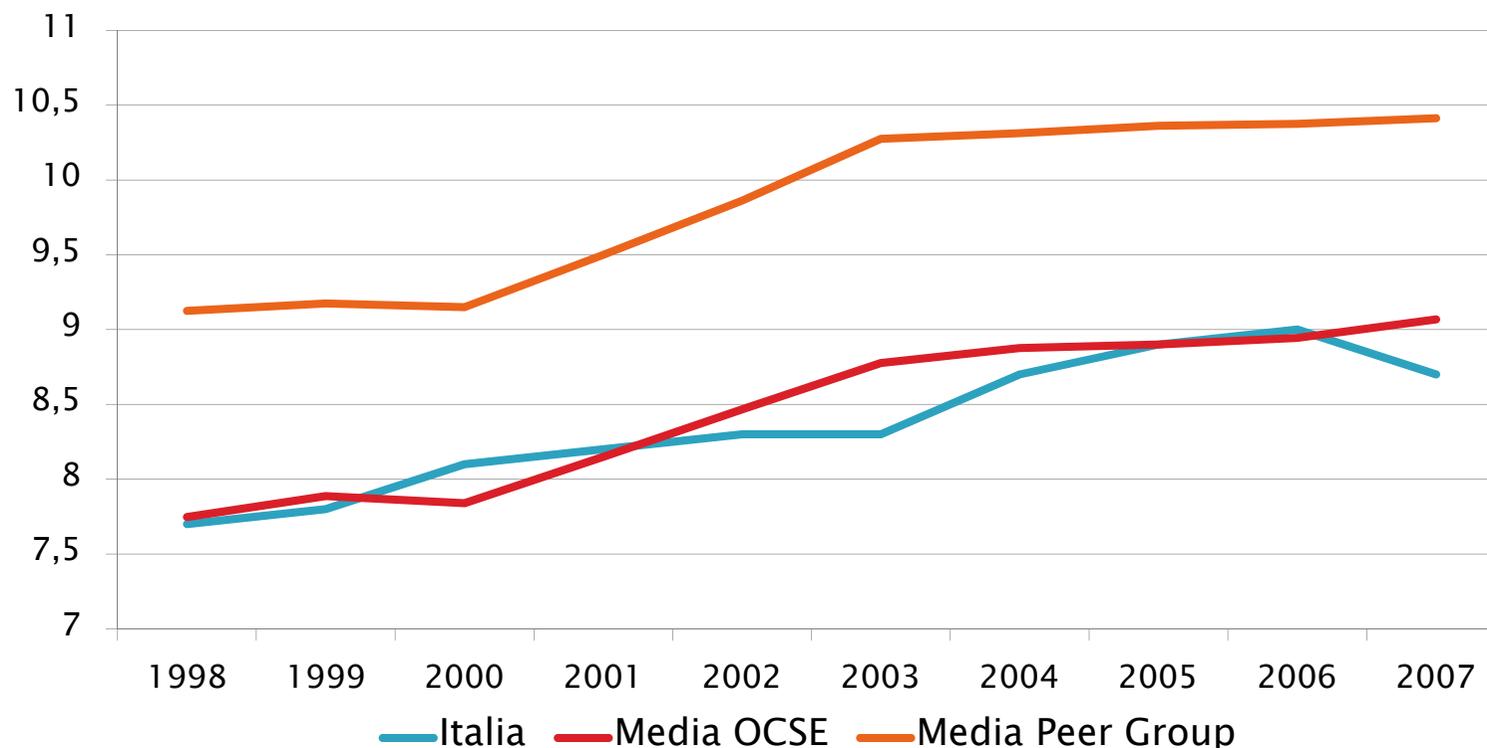


**Esiste un problema di composizione della
spesa sanitaria italiana?**



Analisi della composizione e delle dinamiche della spesa sanitaria italiana

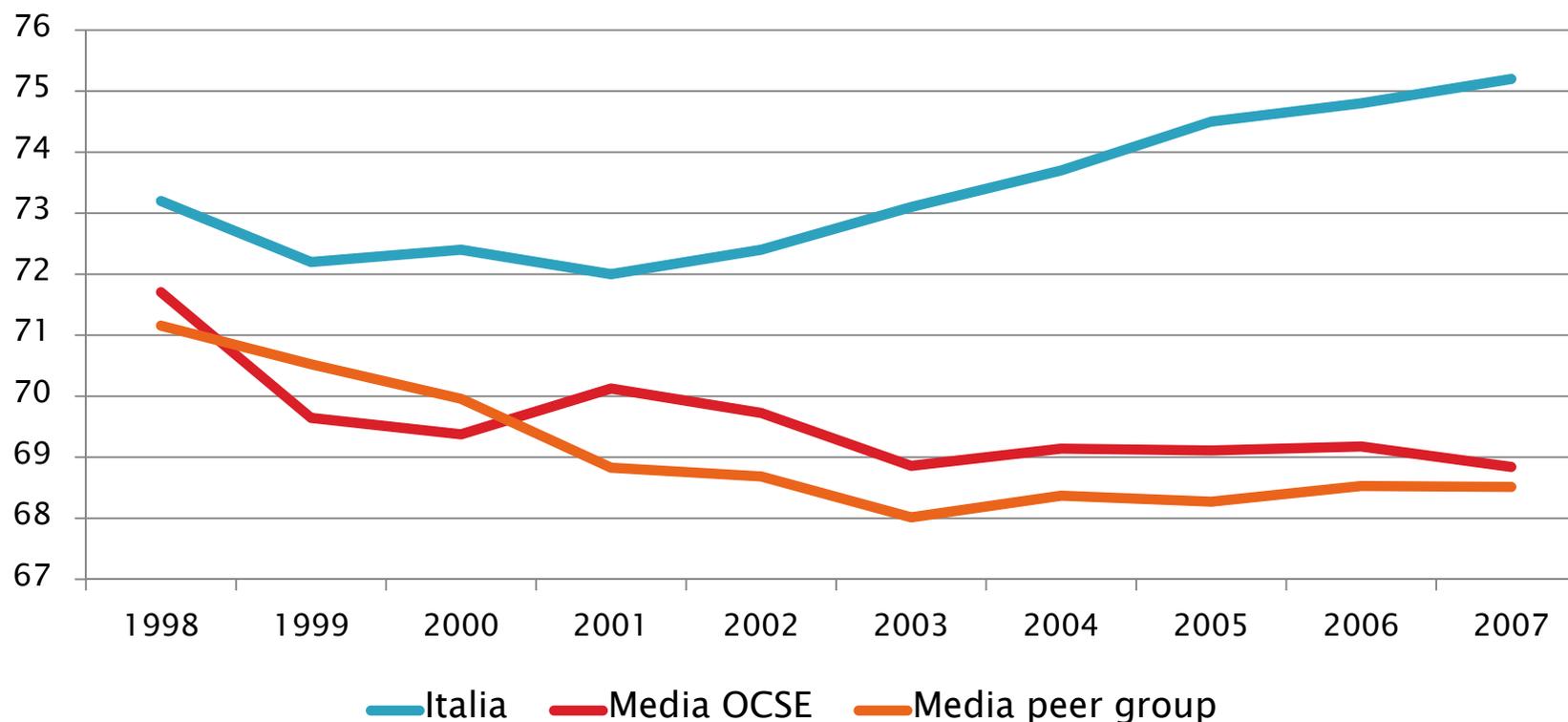
Spesa sanitaria totale (% PIL)



L'analisi comparativa condotta sui **dati OCSE** dimostra come l'Italia manifesti una **composizione della spesa sanitaria**, per funzioni e per finanziamento, che presenta diverse "anomalie" rispetto al resto dei **principali** paesi europei (*Peer Group*).

Analisi della composizione e delle dinamiche della spesa sanitaria italiana

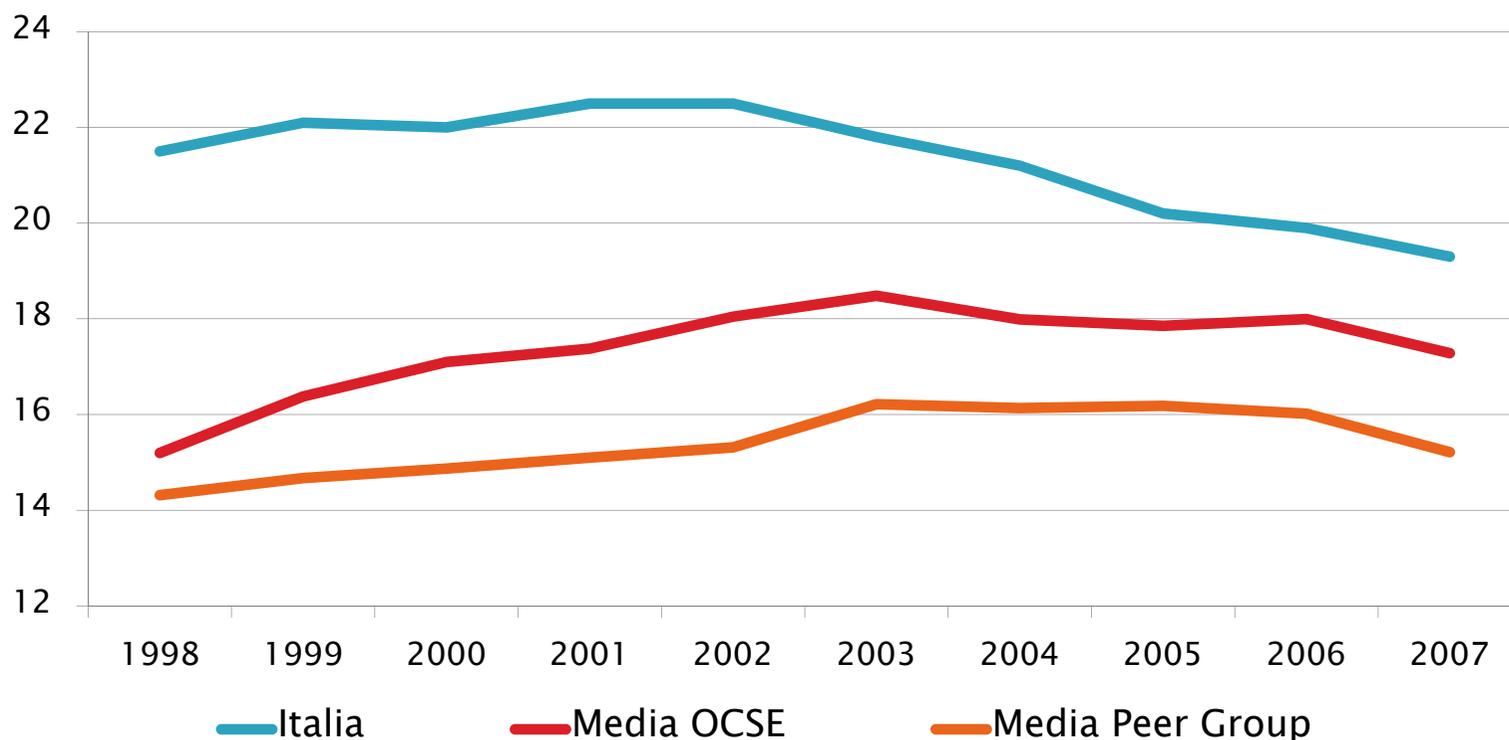
Spesa in servizi medici (% spesa sanitaria totale)



Differenze particolarmente pronunciate sono emerse in riferimento sia alla **spesa ospedaliera** (misurata sia in termini di “in-patient care” che di “medical services”), che alle voci relative ai “**costi amministrativi**”.

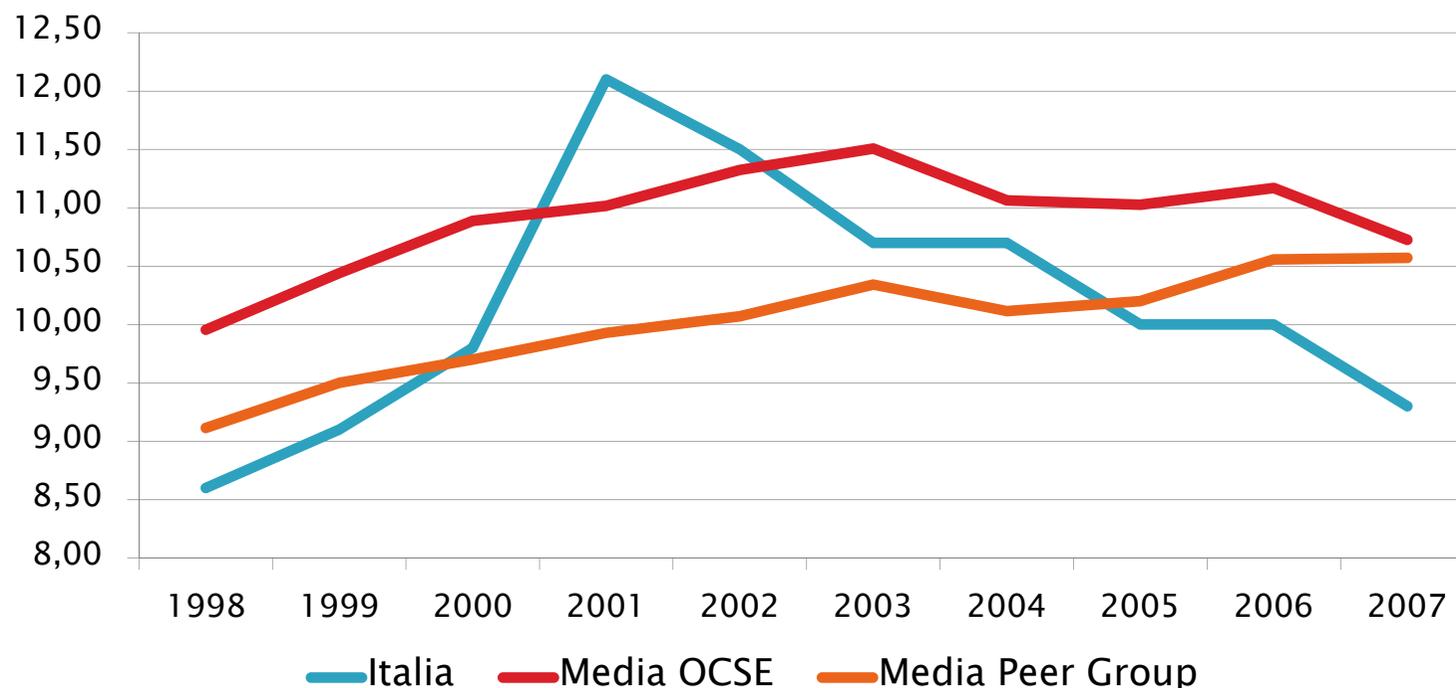
Analisi della composizione e delle dinamiche della spesa sanitaria italiana

Spesa complessiva (pub. + priv.) in farmaci ed altri prodotti medicali (% spesa sanitaria totale)



Anche la “**spesa complessiva in farmaci ed altri beni medicali**” (in riferimento al totale della spesa sanitaria) è risultata essere maggiore di quanto non sia stata negli altri paesi considerati...

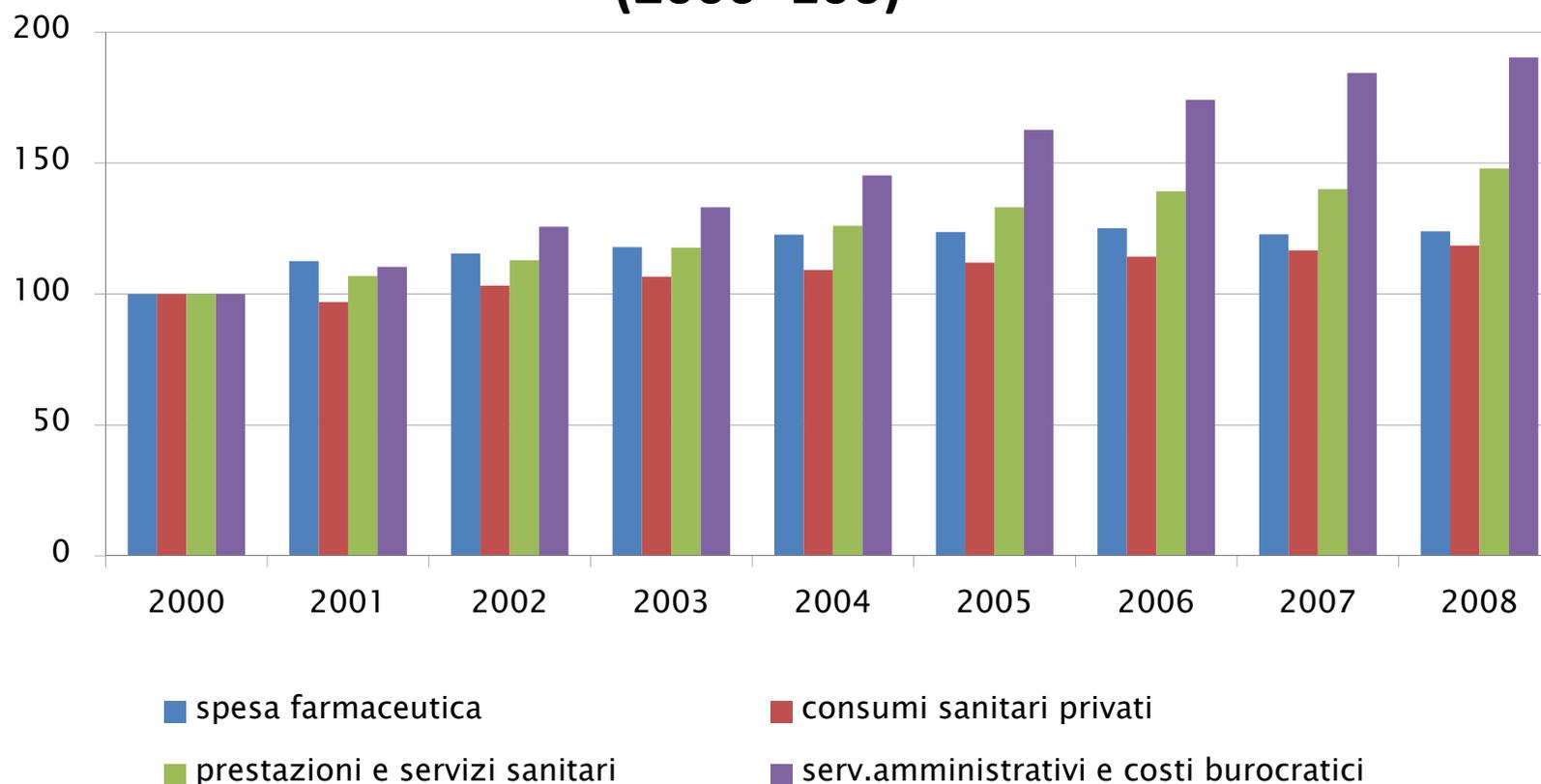
Spesa pubblica in farmaci ed altri prodotti medicali non durevoli (% spesa sanitaria totale)



...ma tale fenomeno è da attribuire, oltre che ad una diminuzione dei prezzi medi dei farmaci rimborsati, derivante sia da tagli dei prezzi, sia dal crescente peso dei farmaci *off-patent*, anche ad una **maggiore quota della spesa privata**. Infatti, una volta che il dato è depurato della spesa privata i trend ed i livelli mostrano una situazione molto diversa.

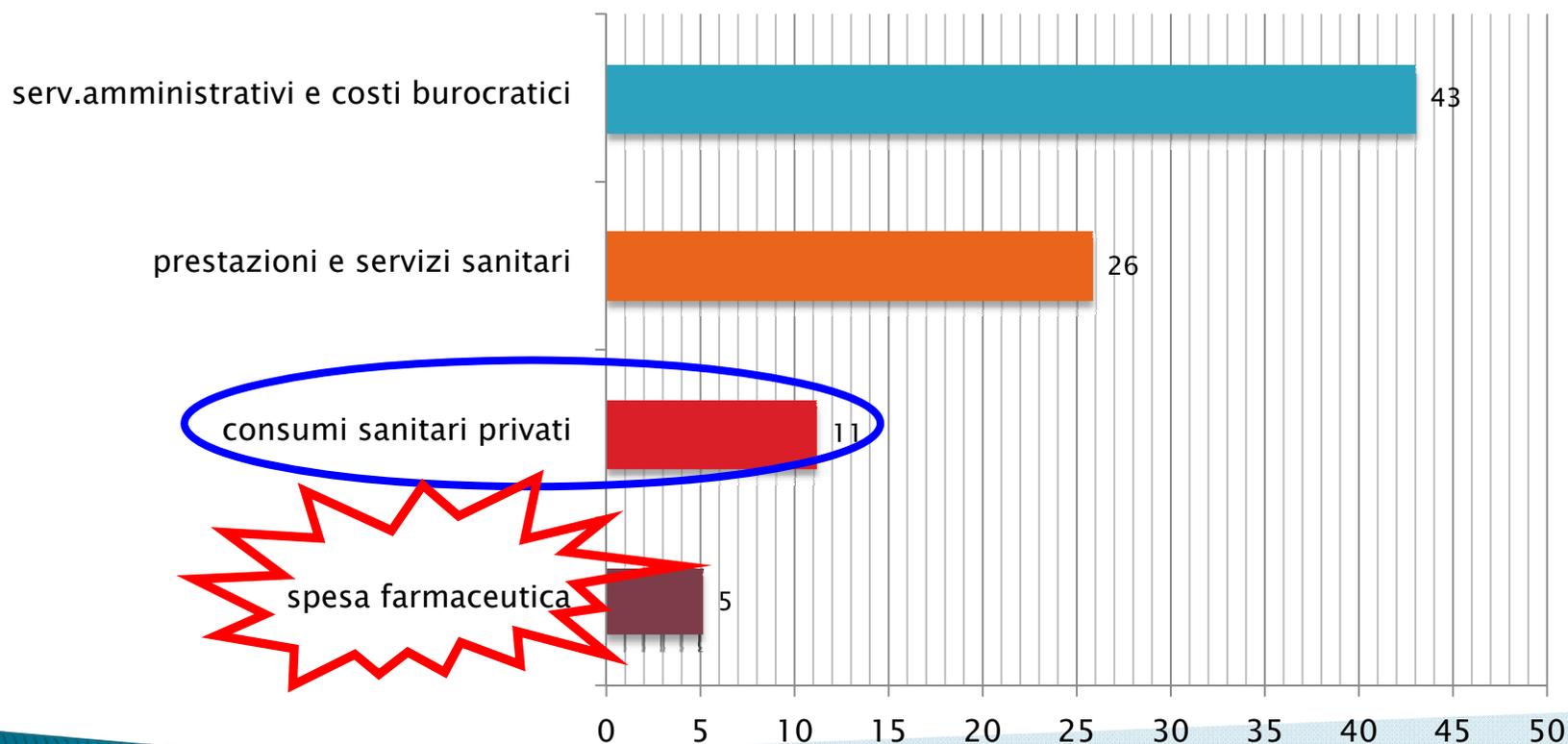
Analisi della composizione e delle dinamiche della spesa sanitaria italiana

Spesa sanitaria per funzioni - Italia (2000=100)



Dall'analisi funzionale della spesa emerge come i **“costi amministrativi”** assieme alla spesa per il **“personale”** abbiano esibito dal 2000 ad oggi, la **crescita più significativa...**

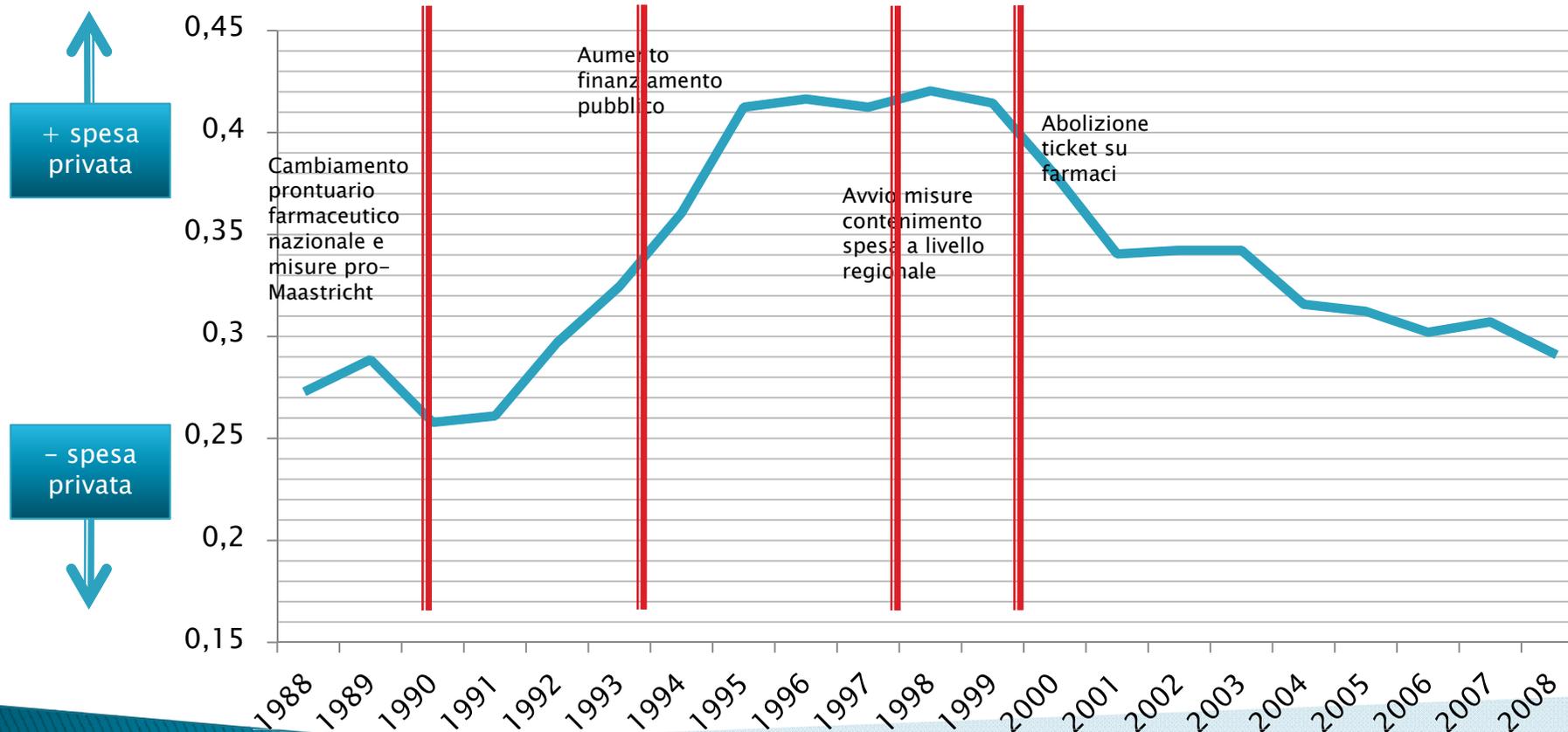
Composizione della spesa sanitaria (variazioni %, anni 2004 - 2009)



...questo è il quadro che appare in termini cumulati dal 2004 al 2009. Eppure le **“forbici”** del policy maker raramente si concentrano sul taglio a queste tipologie di costo.

Analisi della composizione e delle dinamiche della spesa sanitaria italiana

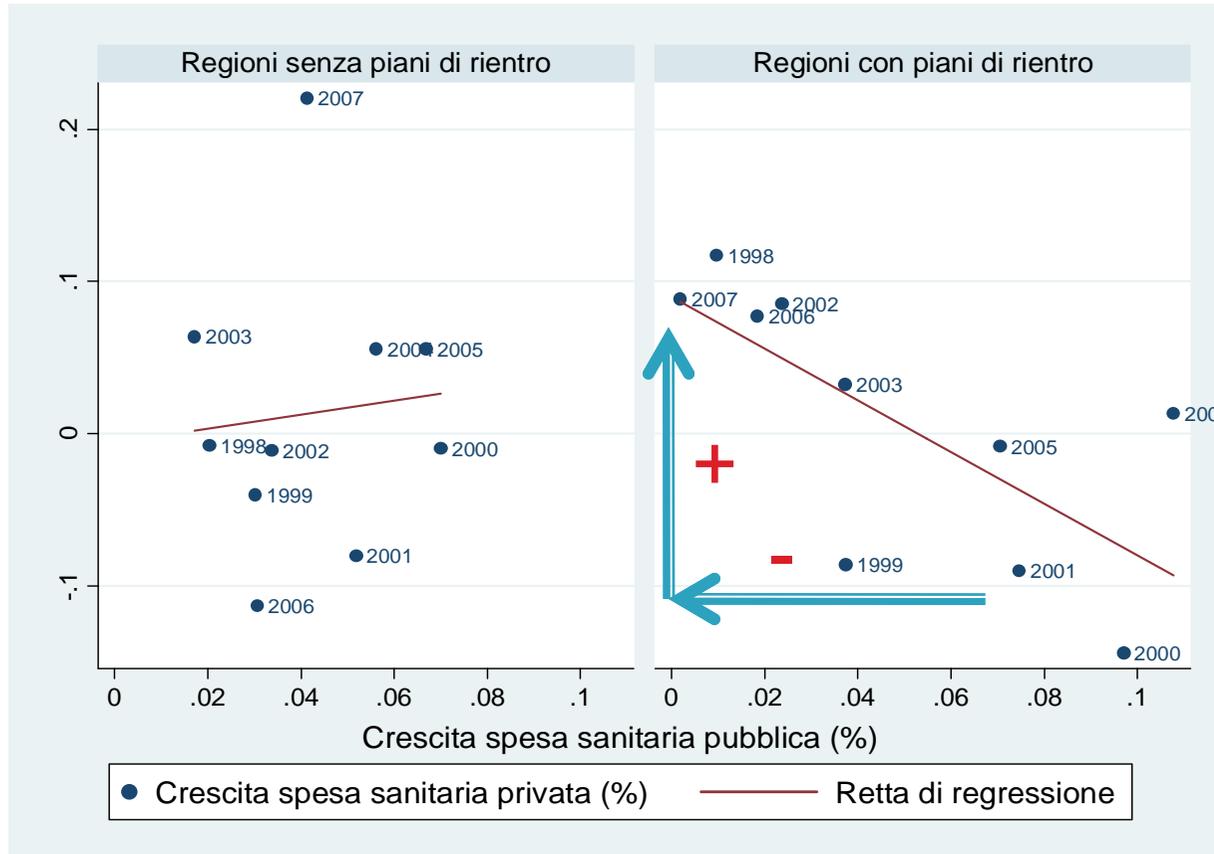
Rapporto spesa sanitaria privata e pubblica



Ogni qual volta a livello centrale si pianificano particolari interventi che agiscono sulla spesa sanitaria pubblica, **necessariamente questo porta ad avere degli effetti anche su quella privata.**

Analisi della composizione e delle dinamiche della spesa sanitaria italiana

Crescita annuale per Regioni “con” e “senza” Piano di Rientro

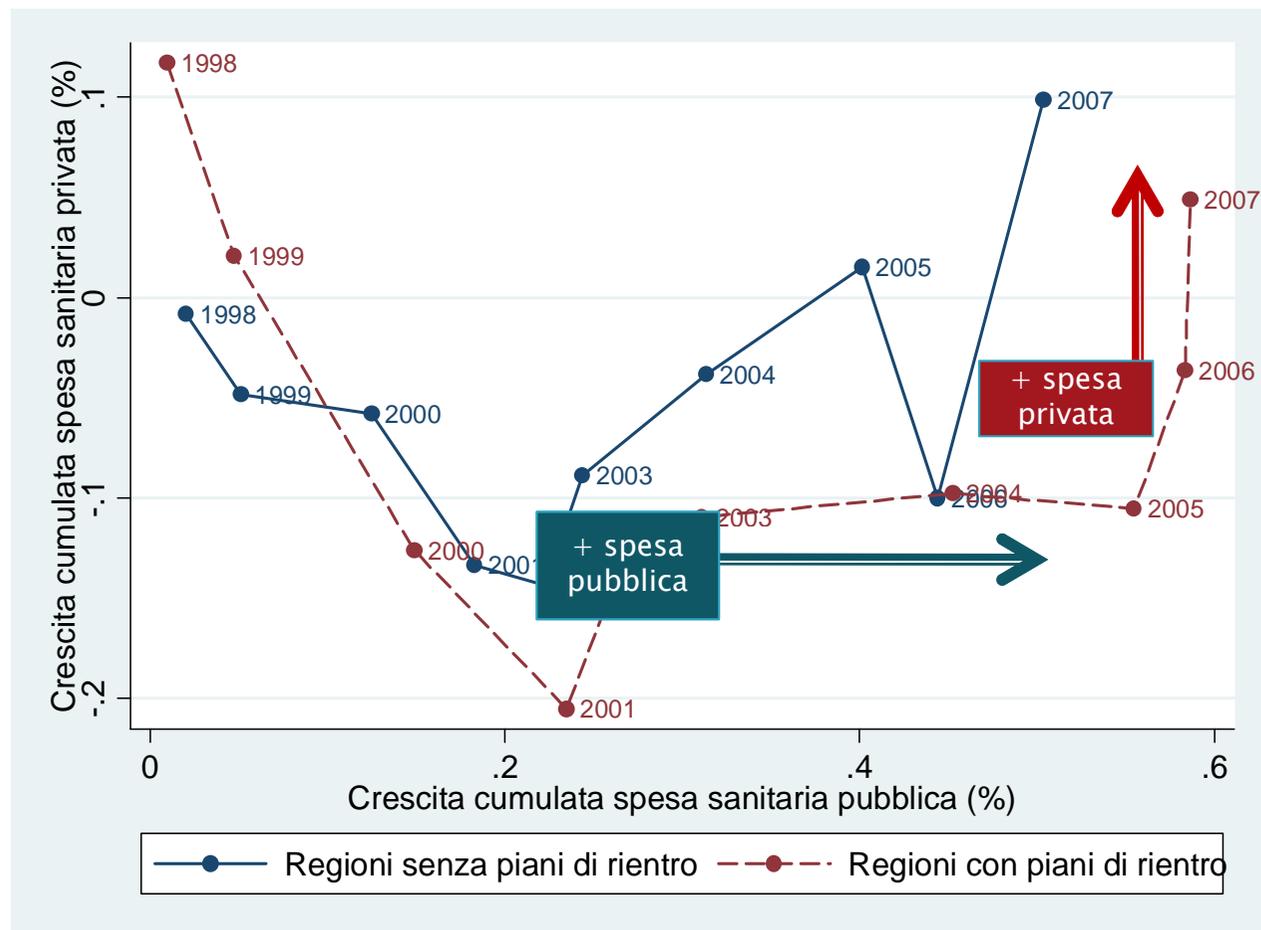


Da un **sistema sanitario universalistico** ci si aspetterebbe una sostanziale assenza di relazione tra spesa sanitaria pubblica e privata.

Il grafico qui a fianco sembra contraddire questa affermazione, con le regioni “con” piano di rientro che mostrano una relazione di sostituibilità (- spesa pubblica => + spesa privata).

Questo effetto è stato particolarmente rilevante negli ultimi anni tra le regioni che hanno poi aderito ai **Piani di Rientro**, per le quali è evidente l'esistenza di uno **stretto rapporto di sostituibilità tra spesa pubblica e privata**. Al contrario, per le **Regioni “senza” Piano di Rientro** la relazione sembra essere principalmente di **neutralità**, con la spesa privata che varia poco al variare di quella pubblica, sinonimo quindi di misure di “razionalizzazione” e non di “razionamento”.

Analisi della composizione e delle dinamiche della spesa sanitaria italiana Crescita cumulata per Regioni “con” e “senza” piano di rientro



Il fenomeno del razionamento è ancor più chiaro se lo si guarda in termini cumulati. Nelle **Regioni “con” Piano di Rientro** la crescita cumulata (in termini reali) della **spesa pubblica** si è fermata nel 2005 ed a quel punto è cresciuta la sola **spesa privata**.

Gli effetti distributivi

1. Le politiche di cofinanziamento della spesa pubblica, attuate in modo differenziato dalle regioni a partire dal 2001, hanno creato disparità nel **livello di progressività** del sistema sanitario.
2. In particolare, nelle regioni **“senza”** piani di rientro, anche se è aumentata la quota di spesa sanitaria privata, si è contemporaneamente registrato un aumento della progressività del sistema (i ricchi pagano più dei poveri).
3. Nelle regioni **“con”** piano di rientro ad un pari aumento della quota di spesa privata non si è associato un miglioramento della progressività.

Analisi della composizione e delle dinamiche della spesa sanitaria italiana

Andamento della *compliance* farmacologia nella ASL di Treviso

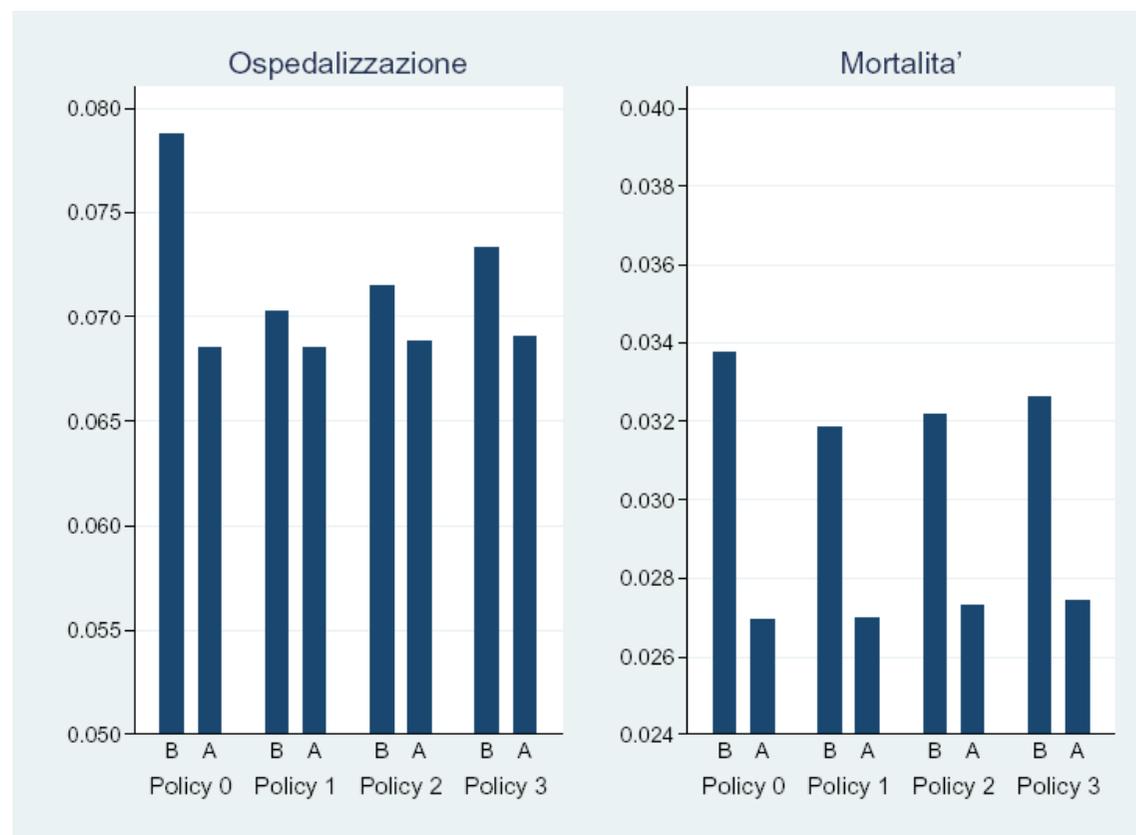


Sull'asse verticale è misurata la *compliance* alla terapia farmacologia con anti-ipertensivi, mentre sull'asse orizzontale è riportato il tempo suddiviso in trimestri (dal primo trimestre del 2000 – 2000q1 - all'ultimo del 2002 – 2002q4). Il valore 1 rappresenta il valore ottimale. **A seguito dell'abolizione del ticket a fine 2000, le persone con bassa compliance (0,4) la aumentano fino a circa 0,7. Situazione inversa si riscontra una volta che il ticket viene reintrodotta (Marzo 2002).** Esistono buoni motivi per pensare che tali persone siano anche quelle con reddito più basso.

Gli **effetti redistributivi** delle politiche sanitarie non si fermano ai soli aspetti economici, ma si estendono anche agli esiti sanitari come dimostrano una serie di lavori condotti in alcune regioni italiane.

Analisi della composizione e delle dinamiche della spesa sanitaria italiana

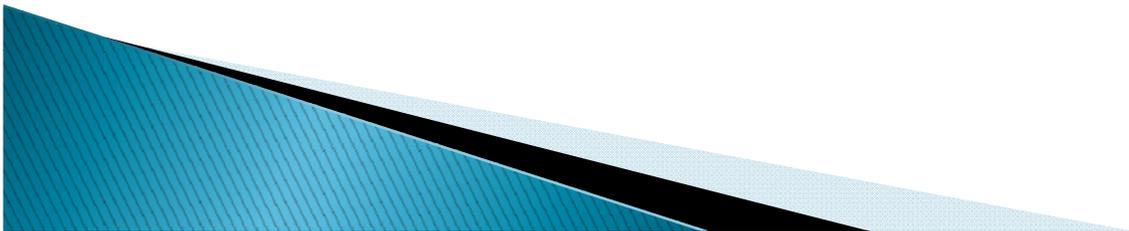
Tassi di mortalità ed ospedalizzazione al variare del ticket



“**Policy 1**” indica l’abolizione del ticket, la “**Policy 2**” la sua successiva reintroduzione. Sull’asse verticale sono riportati i tassi di ospedalizzazione e di mortalità. Il grafico di sinistra mostra che, relativamente ai pazienti affetti da ipertensione e con bassa (B) compliance, il tasso di ospedalizzazione per cause cardiovascolari diminuisce da circa 0,08 a poco meno di 0,068. Al contrario, nulla cambia per le persone con compliance alta (A). **Situazione opposta la si riscontra con la reintroduzione dei ticket.** Discorso simile vale per la mortalità (grafico di destra).

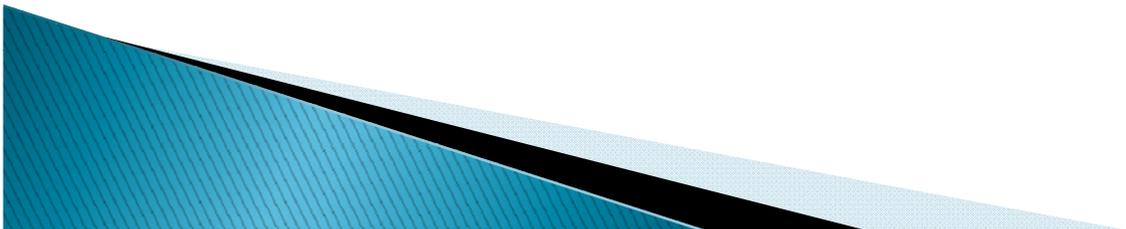
I cambiamenti di ticket tra il 2001 ed il 2002 hanno portato **effetti considerevoli in termini di variazione nei tassi di ospedalizzazione e mortalità**. Non modulando i **ticket** in base alla cronicità e al reddito, si rischia di incidere negativamente sia sulla salute dei cittadini, che sui costi complessivi sanitari, soprattutto nei casi in cui la terapia farmacologica rappresenta un importante fattore di prevenzione.

Esiste un margine per un recupero di efficienza nella Sanità italiana?



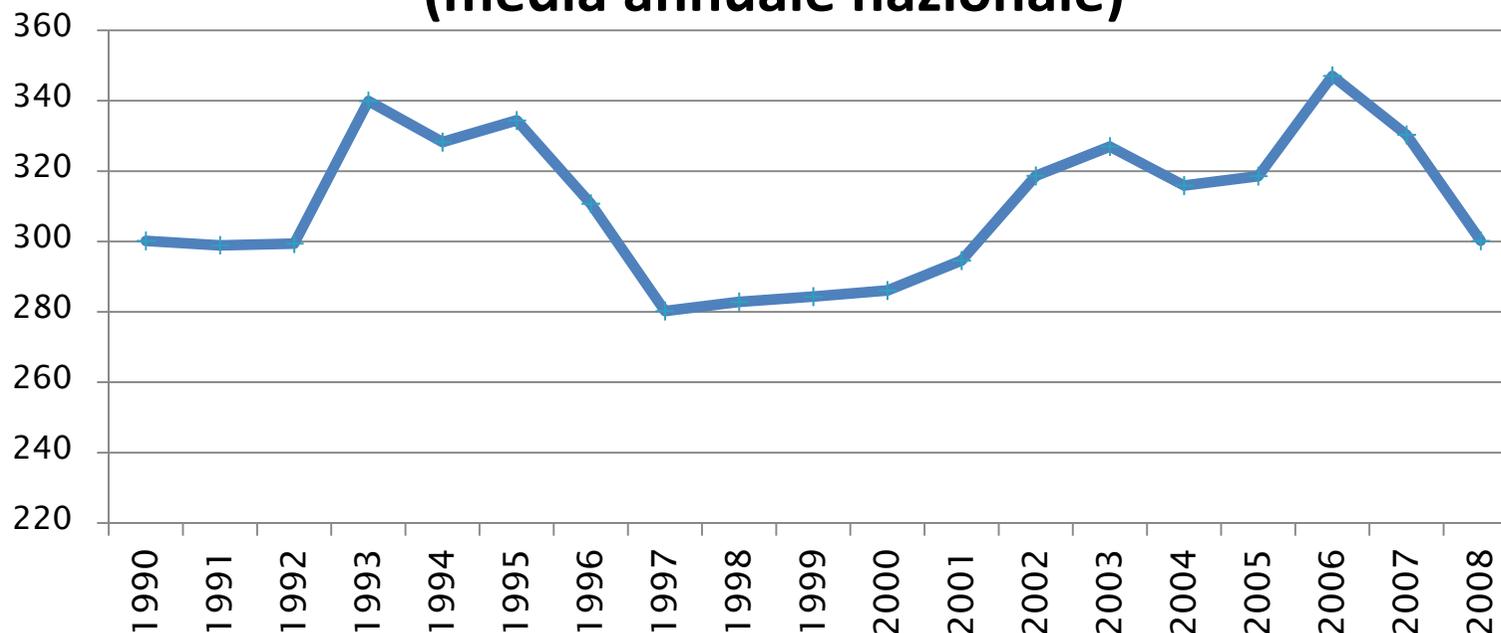
Individuazione aree di miglioramento

- ▶ Gestione finanziaria
- ▶ Allocazione fondi alle regioni dal Tesoro
- ▶ De-ospedalizzazione e Assistenza integrata
- ▶ Costi legali
- ▶ Gestione gare di appalto
- ▶ Gestione amministrativa e personale



Aree di miglioramento e di recupero di efficienza

Ritardi nei pagamenti delle aziende sanitarie (media annuale nazionale)



Alla limitazione delle risorse imposta dai vincoli di spesa si accompagna sovente una **burocrazia altamente inefficace** che incide su oneri finanziari (dei fornitori del SSN), su spese legali (sia per i fornitori che per le strutture pubbliche), su risorse umane dedicate (anche qui sia pubbliche che private);

Aree di miglioramento e di recupero di efficienza

Tempi medi di pagamento delle strutture sanitarie in alcuni paesi europei (Anno 2006)

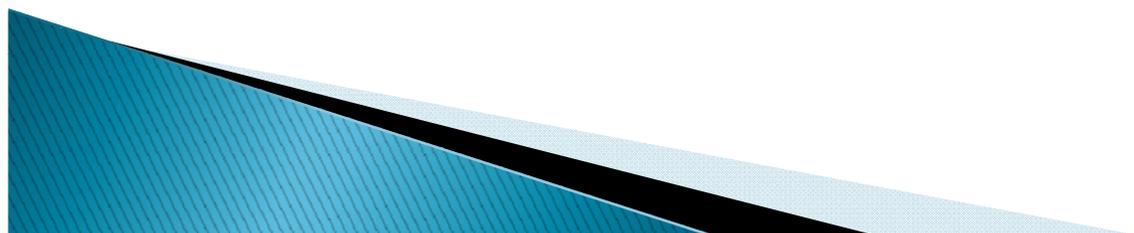
Paese	Giorni di ritardo
Germania	30
Svizzera	30
Norvegia	40
Regno Unito	45
Francia	65
Romania	80
Bulgaria	180
Repubblica Ceca	220
Portogallo	230
Italia	300
Spagna	300
Grecia	320

Fonte: Elaborazioni Assobiomedica su dati EUCOMED ed EDMA

...a soffrire in modo particolare degli effetti del **disallineamento temporale** tra stanziamento ed effettiva erogazione delle risorse, siano esse destinate al normale finanziamento che al ripiano dei disavanzi pregressi, sono **sia le imprese che le famiglie**.

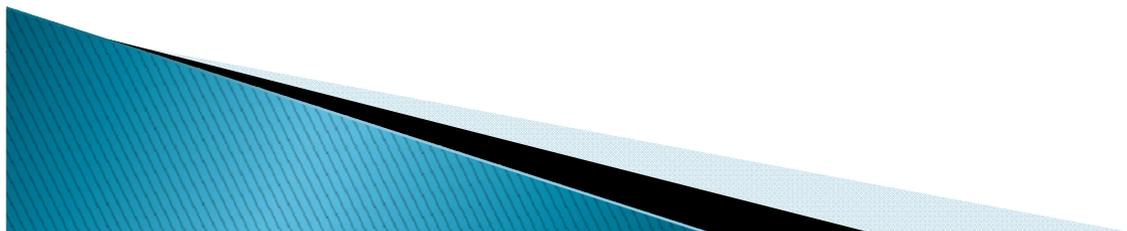
I costi dei ritardati pagamenti

- ▶ Prezzi di acquisto più elevati per il SSN.
- ▶ Costi di gestione maggiori per il protrarsi di contratti in essere ben oltre il periodo di competenza.
- ▶ Costi di intermediazione con strutture di factoring e studi legali
 - Nel caso particolare della Regione Campania nel solo 2007 i costi legali legati ai decreti ingiuntivi di pagamento da parte dei fornitori sono stati pari a circa **190 milioni di euro** (pari al 17% della spesa farmaceutica netta, e al 2,1% del Fondo Sanitario Regionale).



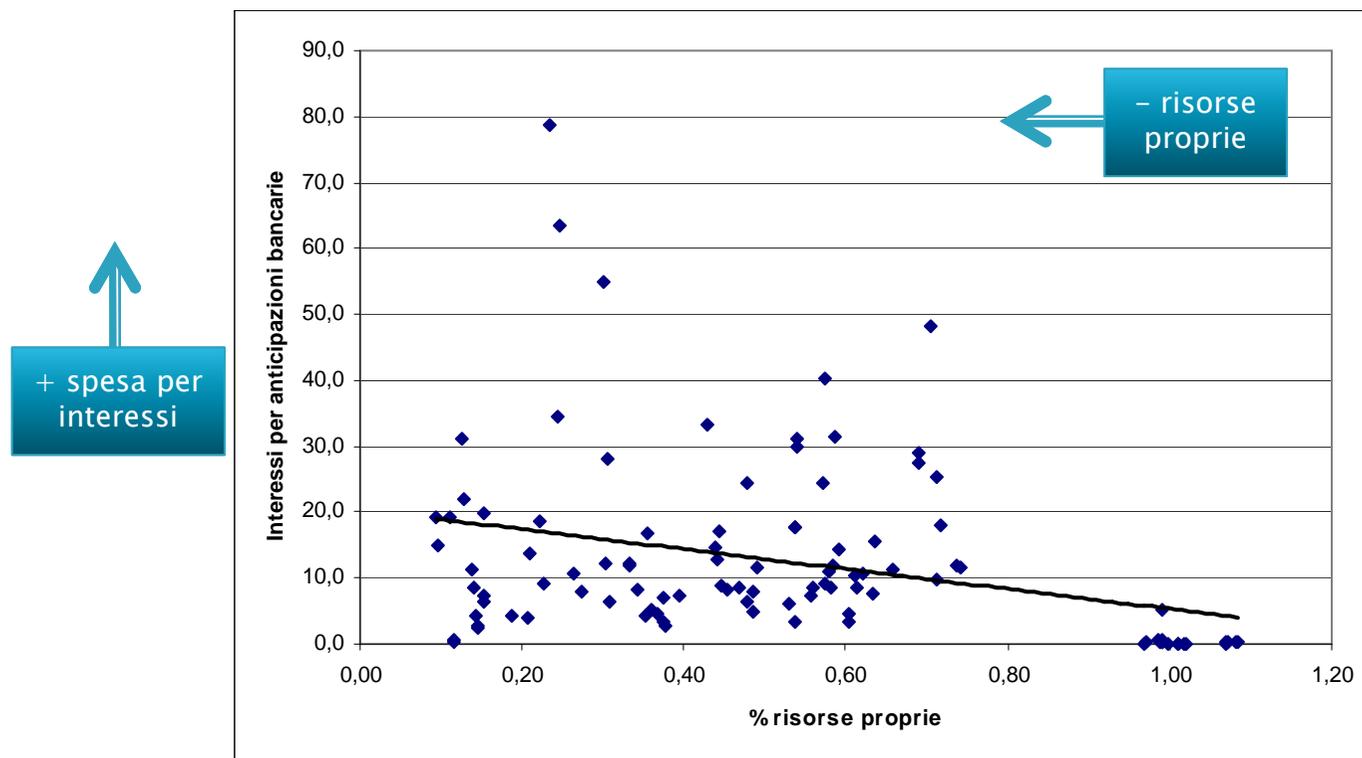
Il problema del blocco del turnover

- ▶ L'imposizione del blocco del turnover ha in alcuni contesti creato grossi problemi di disponibilità di capitale umano che si riflettono sull'organizzazione complessiva del sistema.
- ▶ Infatti, il pensionamento di persone esperte non rimpiazzate in modo adeguato (in alcuni casi si sono utilizzati anche **lavoratori socialmente utili** senza alcuna esperienza specifica nel settore) ha in molti casi portato a falle nei processi di gestione dell'amministrazione e del controllo.
- ▶ In alcune regioni questo fenomeno è alla base di situazioni di scarso controllo della spesa.



Aree di miglioramento e di recupero di efficienza

I ritardi nei trasferimenti di fondi dal “Centro” alle “Regioni” hanno effetti sulla gestione finanziaria (Anno 2002-2007)

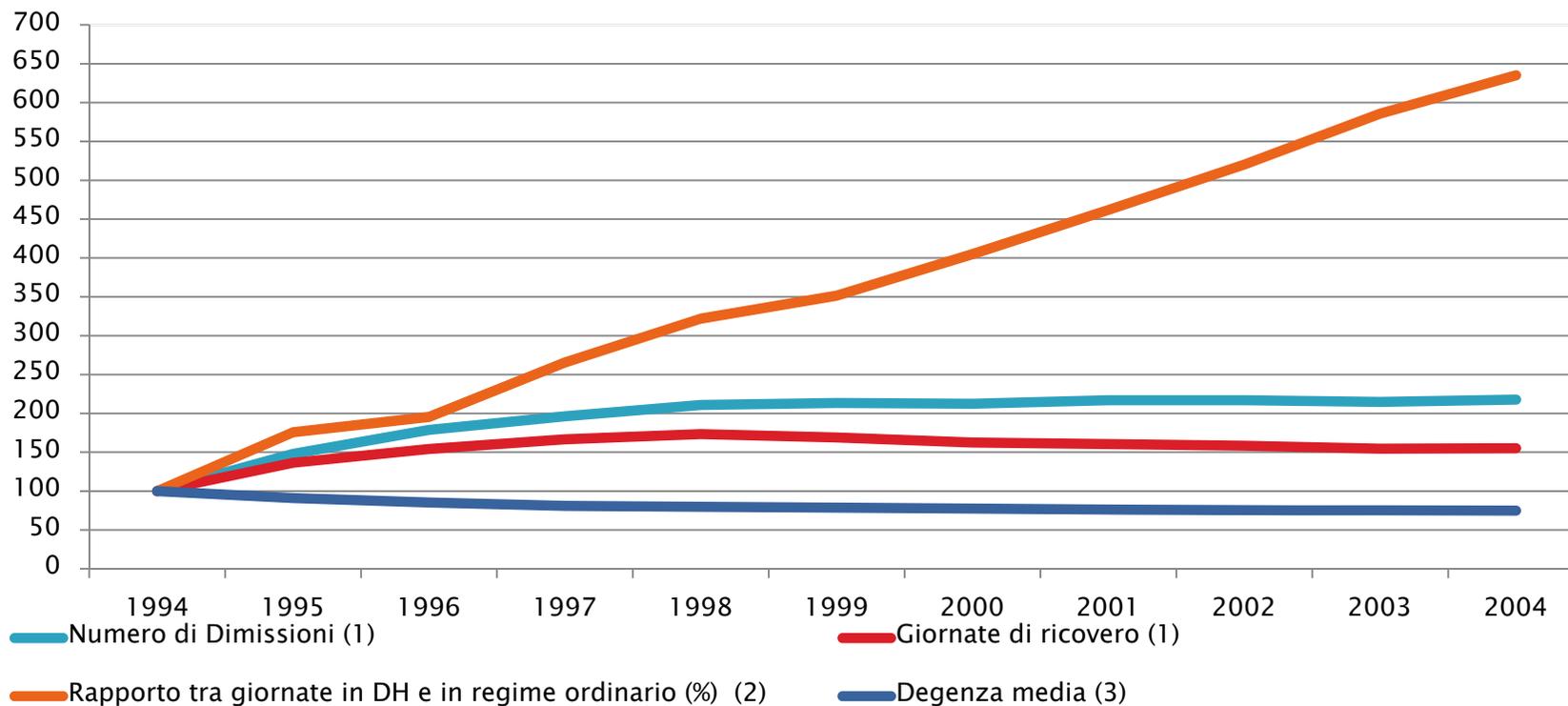


Il grafico riporta una correlazione negativa (-0.32) tra la disponibilità di entrate proprie delle regioni (tasse, tariffe ed altro) e la spesa per interessi dovuti ad anticipazioni di cassa.

Ritardi nei trasferimenti dei fondi dal “centro” alle regioni si trasformano in mancanza di liquidità e quindi in maggiori costi per interessi sulle anticipazioni. Questo effetto è maggiore per le regioni del Sud che hanno minori risorse proprie e quindi devono fare affidamento sui trasferimenti di fondi dallo Stato.

Aree di miglioramento e di recupero di efficienza

De-ospedalizzazione

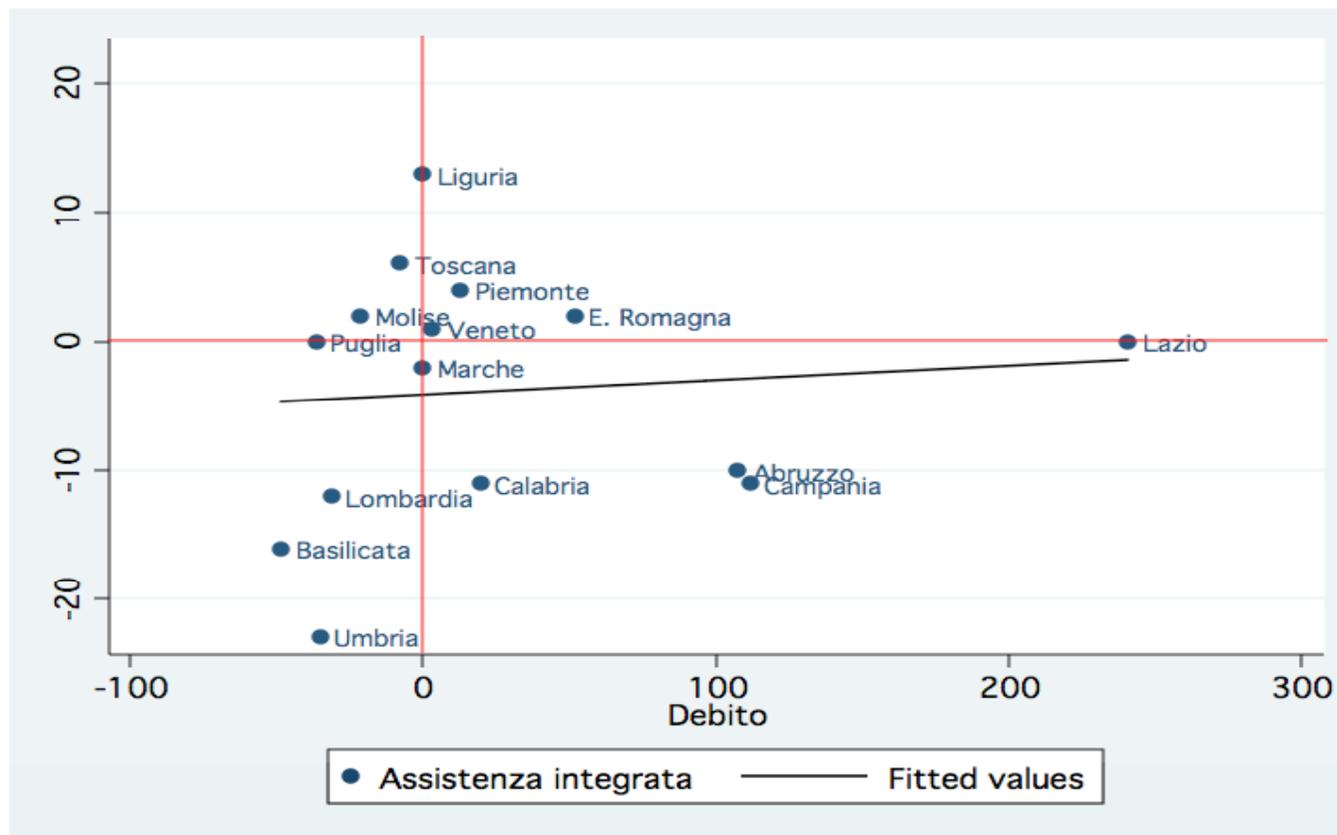


I **dati OCSE** riportano una generale tendenza alla **riduzione delle giornate di degenza**. Al contrario, in Italia a partire dal 1998, a fronte di un **sostenuto aumento del rapporto tra giornate di ricovero in regime di day hospital e giornate di ricovero ordinario**, la **degenza media è rimasta pressoché costante**.

Aree di miglioramento e di recupero di efficienza

Distribuzione delle regioni per offerta di servizi di assistenza integrata (SAI) e livello del debito

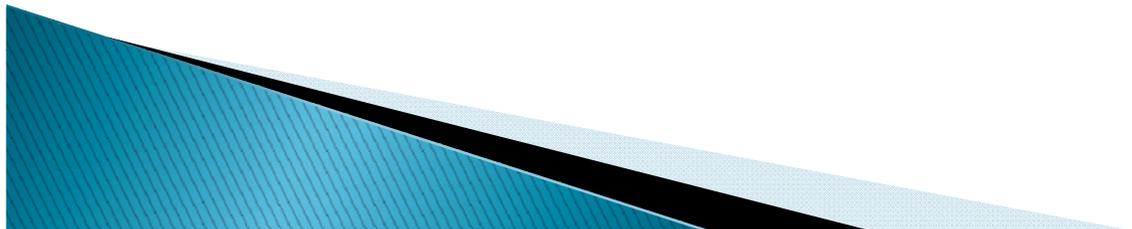
(Scostamenti dalla mediana)



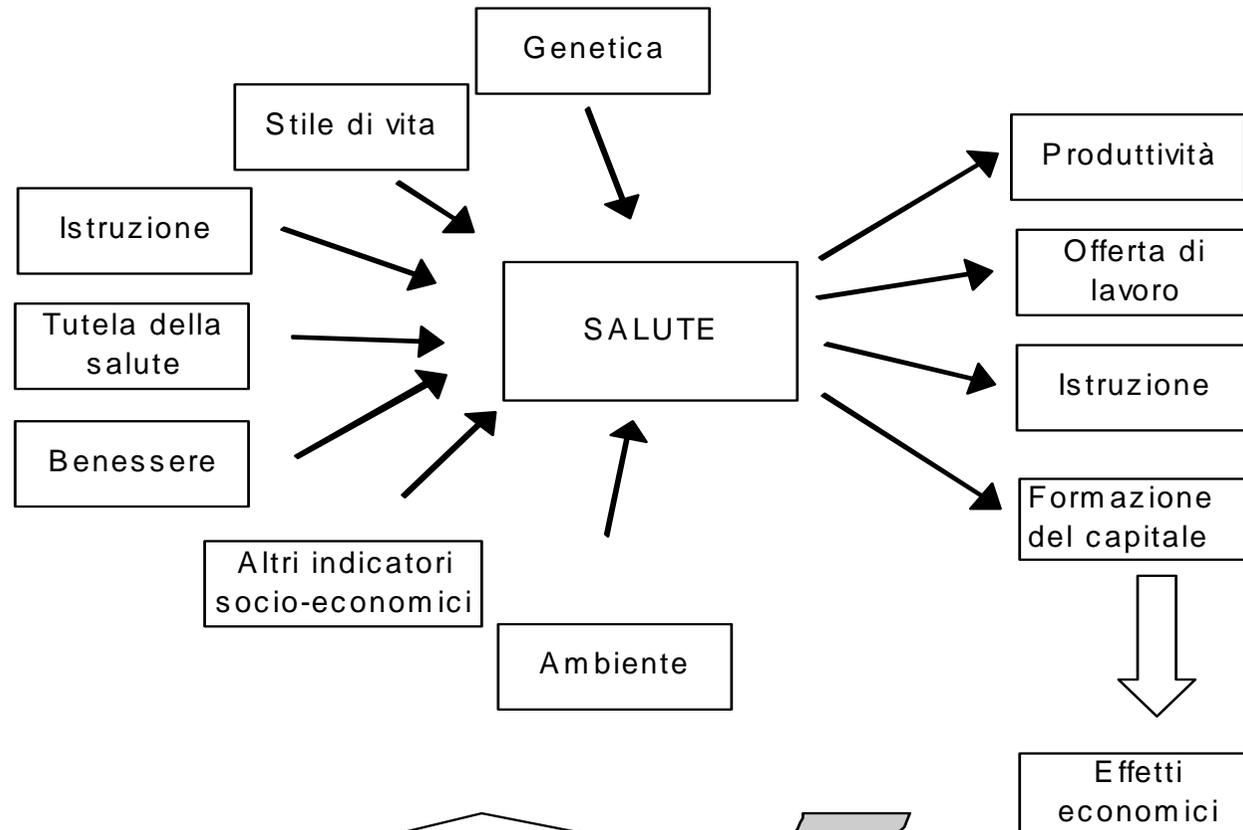
Non sembra esserci correlazione tra il livello di spesa in SAI e l'esposizione debitoria delle regioni, a dimostrazione del fatto che la fornitura di tali servizi non è assolutamente da collegarsi con una maggiore spesa sanitaria totale.

La mancanza di un adeguato servizio di **assistenza domiciliare integrata**, palesata anche da regioni con un'elevata spesa e/o ampia esposizione debitoria, determina maggiori **ricoveri impropri**.

Può la politica sanitaria essere determinata esclusivamente da considerazioni di natura contabile?

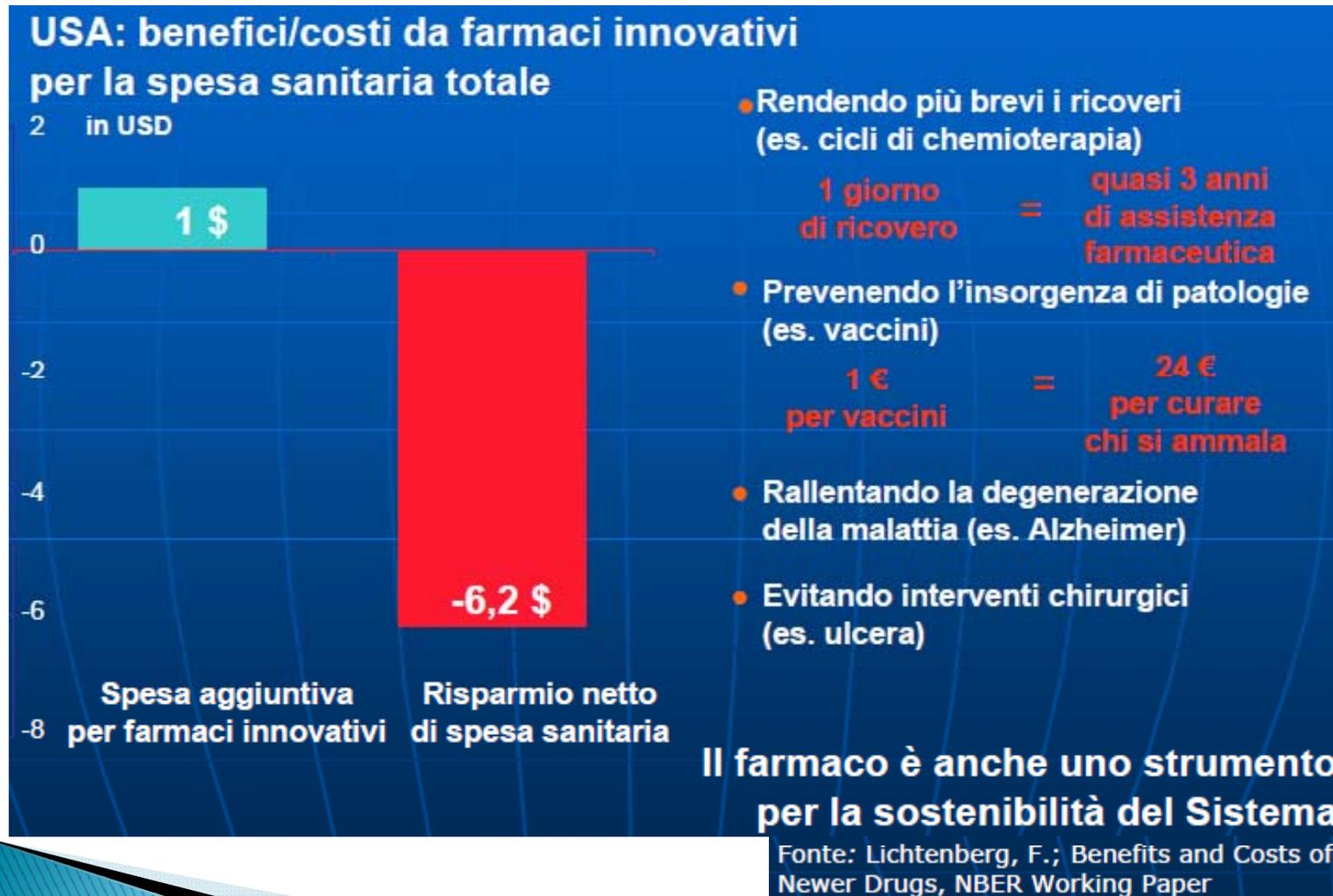


Effetti economici della Salute



Il **limite** dell'approccio seguito fino ad oggi da coloro i quali hanno fatto politica sanitaria è stato quello di aver lavorato in un contesto di **minimizzazione dei costi piuttosto** che in uno di **massimizzazione del rapporto benefici-costi**.

L'Innovazione è quindi un valore per il malato ma anche un investimento per il SSN



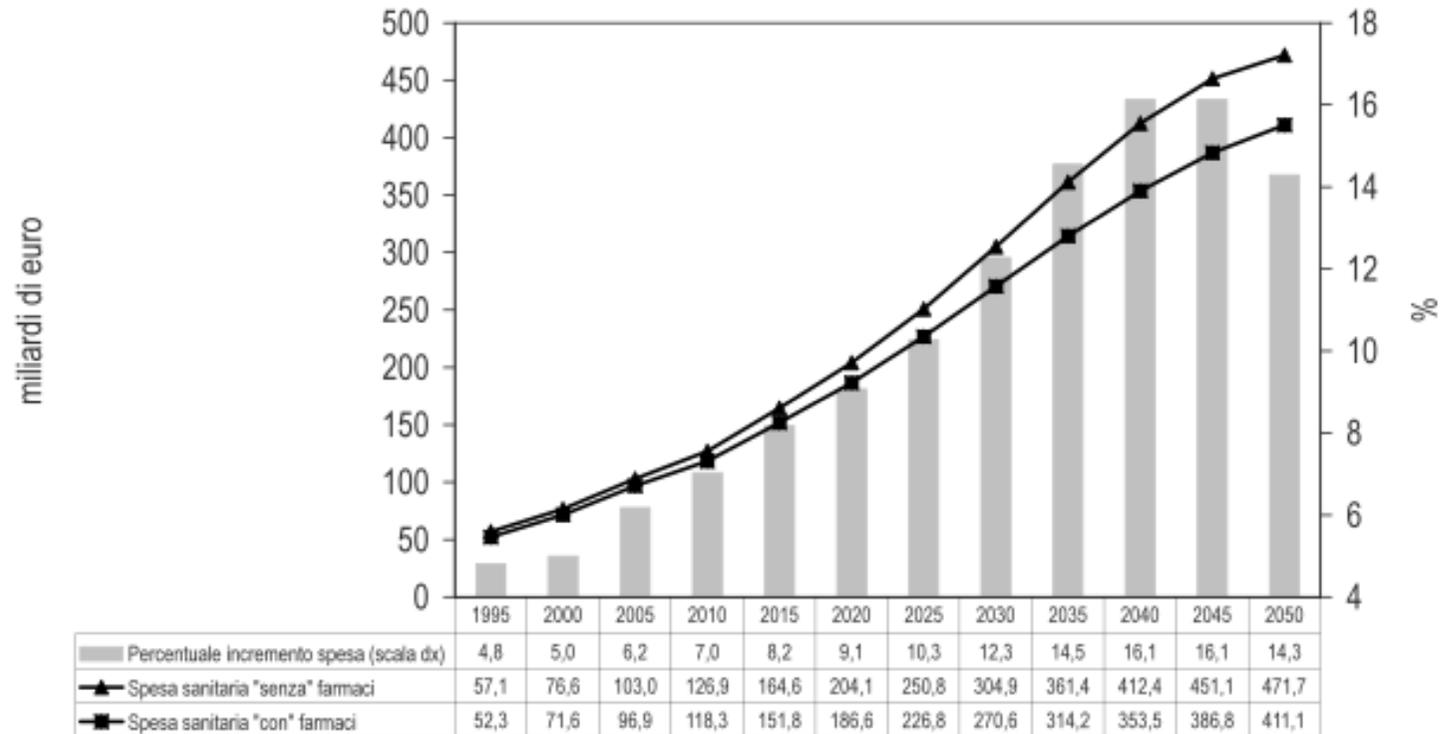
Politica sanitaria e vincoli di natura contabile

Maggiori costi evitati grazie alla disponibilità di farmaci (mln di euro)

	CVD	BPCO	Alzheimer	Depressione	Totale
Totale costi sanitari	3.928	649	--	1.856	6.433
Totale costi non sanitari	4.033	180	707	--	4.920
COSTI TOTALI	7.961	829	707	1.856	11.353

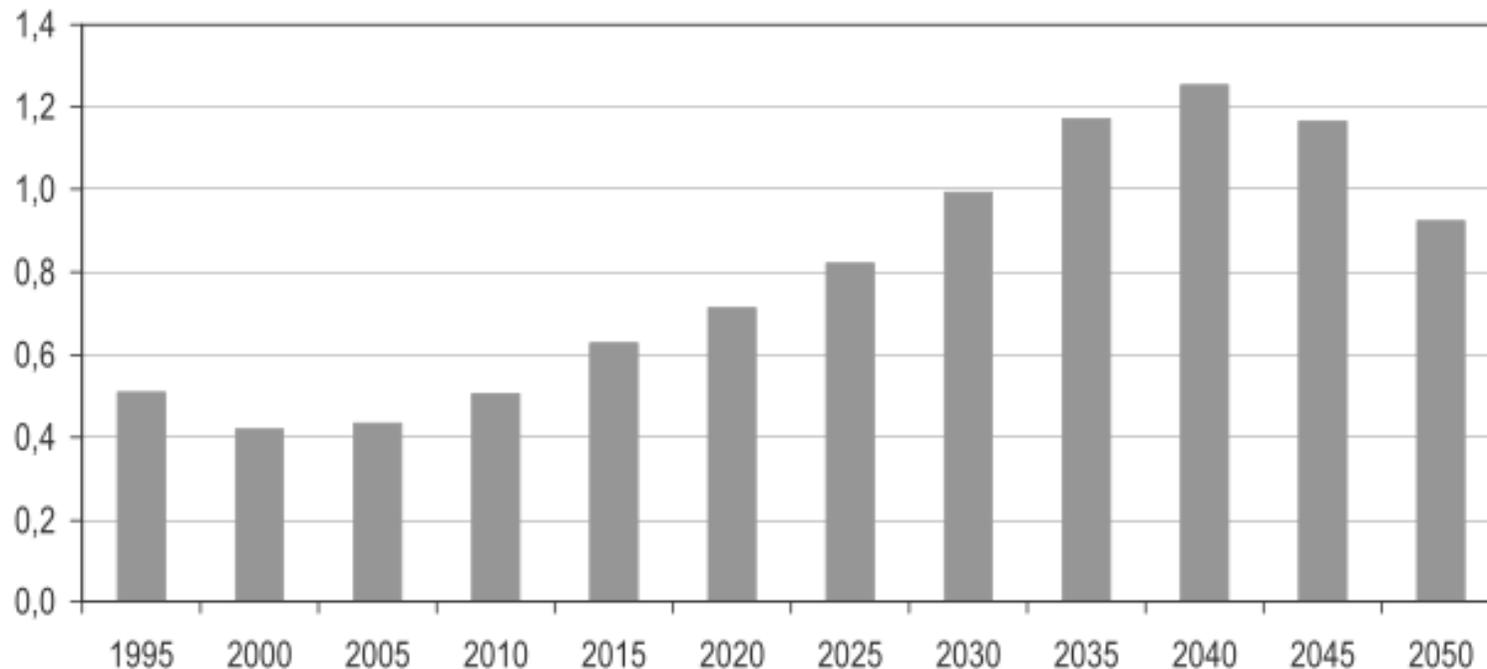
Un **adeguato utilizzo dei farmaci** comporta **minori costi** per il SSN e per l'economia nel suo complesso. Dall'analisi CER risulta che la riduzione dei costi totali è pari a oltre **11 miliardi** di euro per anno, di cui il **55.6%** è **rappresentato da minori costi sanitari**, la maggior parte dei quali risparmiati grazie alle terapie cardiovascolari.

Profilo della spesa sanitaria pubblica “con” e “senza” terapie farmacologiche



Una **semplice simulazione** ha permesso di valutare il ruolo dei farmaci sul contenimento della spesa sanitaria futura **sotto l'ipotesi che la capacità terapeutica rimanga immutata al 2005**.

Profilo della spesa sanitaria pubblica “con” e “senza” terapie farmacologiche (in % del PIL)



Secondo recenti stime, l'uso dei farmaci per le patologie relative ai sistemi cardiovascolare e respiratorio, all'alzheimer, al parkinson ed alla depressione consente un **crescente risparmio in termini di Pil**: dallo 0,4% del 2005 fino all'1,3% nel 2040.

Sintesi - 1

1. Esiste un problema di composizione della spesa sanitaria italiana?
 - a. Nei confronti dei principali paesi europei (dati fino al 2007)
 - I. La spesa sanitaria totale in % sul PIL è più bassa (probabilmente a sfavore di quella per le pensioni)
 - II. La spesa per servizi medici, invece risulta notevolmente più elevata
 - III. La spesa complessiva per farmaci (pubbl.+priv.) risulta anch'essa più elevata, mentre quella pubblica è più bassa, con una forte contrazione tra il 2001 e il 2007
 - b. In termini dinamici, riferendoci solo all'Italia:
 - I. Tra il 2000 e il 2008, sono cresciuti principalmente i servizi amministrativi e burocratici (+85%; +43% tra 2004 e 2009) e le prestazioni e servizi sanitari (+4 %; +26% tra 2004 e 2009)
 - II. Il peso della componente pubblica è cresciuto tra il 1992 e il 1995, per poi rimanere stabile fino al 1999, e progressivamente scendere fino al 2008
 - III. La crescita della componente privata è stata particolarmente sensibile nella regioni sottoposte ai piani di rientro
 - IV. L'utilizzo dei ticket sui farmaci, soprattutto in queste regioni, se non modulati correttamente (per patologia e per reddito), può incidere negativamente sulla **compliance** dei pazienti e quindi sui costi di ospedalizzazione e nei casi più gravi sulla mortalità

Sintesi - 2

2. Esiste un margine per un recupero di efficienza nella Sanità italiana?

Sebbene il rapporto non provveda ad un'analisi sistematica di tutte le principali aree di miglioramento del SSN, si evidenziano i seguenti punti:

- a. L'attuale gestione finanziaria produce significative diseconomie all'interno del Sistema
 - I. Oneri finanziari per i ritardati pagamenti fornitori
 - II. Spese legali per contenziosi con fornitori e Amministrazioni
 - III. Risorse umane dedicate a funzioni di controllo inadeguate
 - IV. Prezzi di fornitura (conseguentemente e inevitabilmente) più elevati
- b. Il confronto con i paesi esteri, evidenzia un peso della spesa ospedaliera più elevato, dato confermato dalla mancata flessione della degenza media, osservata invece in tutti i principali paesi europei
- c. Lo scarso utilizzo dell'assistenza territoriale è confermato da un minor ricorso all'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata)
- d. La sola componente della spesa sanitaria ad essere sottoposta a vincoli di spesa è quella farmaceutica, sia sul territorio che in ospedale. Soprattutto in quest'ambito si evidenziano i limiti di tale approccio, che può causare distorsioni ed effetti a catena negativi sulle altre componenti di spesa e sull'outcome sanitario complessivo

Sintesi - 3

3. Può la politica sanitaria essere determinata esclusivamente da considerazioni di natura contabile?

- ▶Ciò che si evidenzia in questo studio, è che il SSN presenta delle anomalie nell'allocazione delle risorse, in confronto agli paesi europei ed occidentali.
- ▶Le dinamiche evolutive evidenziano la tendenza all'amplificazione di alcune di queste anomalie.
- ▶In particolare l'approccio "contabile" di breve o brevissimo periodo, preclude la possibilità di perseguire politiche più ad ampio respiro, non solo per l'ottimizzazione delle risorse all'interno del SSN, ma anche in considerazione degli impatti che il "Sistema Salute", è in grado di produrre a monte e a valle nel Sistema Paese.
- ▶Rimanendo nel contesto del SSN, il ricorso al bene farmaco, consente un miglior utilizzo delle risorse finanziarie disponibili.
- ▶Le politiche dei tetti o peggio ancora dei razionamenti, invece spesso e ultimamente rafforzate, incidono sui costi generali del Sistema Sanitario, sulla salute dei pazienti e su quanto l'indotto farmaceutico può produrre e generare di positivo nel Sistema paese.

Conclusioni

1. **Esiste un problema di composizione della spesa sanitaria italiana?**
 - Rispetto ai principali paesi europei **spendiamo meno e spendiamo diversamente**, forse anche in modo inefficiente.
2. **Esiste un margine per un recupero di efficienza nella Sanità italiana?**
 - Esistono **ampi margini di miglioramento**, dalla gestione finanziaria, alle spese legali per contenziosi con fornitori e amministrazioni, alla riduzione delle ospedalizzazioni, ad un maggiore utilizzo di Assistenza Domiciliare Integrata, ad una migliore gestione delle risorse umane.
3. **Può la politica sanitaria essere determinata esclusivamente da considerazioni di natura contabile?**
 - L'approccio "contabile" di breve o brevissimo periodo, **preclude la possibilità di perseguire politiche più ad ampio respiro**, non solo per l'ottimizzazione delle risorse all'interno del SSN, ma anche in considerazione degli impatti che il "Sistema Salute", è in grado di produrre a monte ed a valle nel Sistema Paese.