

The background of the top half of the page features a light blue gradient with faint, semi-transparent silhouettes of several people standing in a circle, holding hands. The silhouettes are dark blue and appear to be of various ages and genders, suggesting a diverse group of people.

*Rapporto*

## **CEIS - Sanità 2007**

*Responsabilità, Autonomia, Sussidiarietà,  
Integrazione, Valutazione e Empowerment:  
6 “nuove” parole chiave per il futuro del SSN*

## 1.6 - Le politiche di cost-sharing

Rocchetti I.<sup>1</sup>, Spandonaro F.<sup>1</sup>

### 1.6.1 Introduzione

I Governi dei Paesi sviluppati si trovano ad affrontare sia una domanda sanitaria costantemente in crescita, dettata da insopprimibili bisogni di natura sociale e demografica, sia problemi di sostenibilità finanziaria dei sistemi di tutela sanitaria.

La conseguenza più appariscente è la ricerca da parte dei Governi stessi di nuovi assetti ed equilibri, di nuovi modelli di assistenza sanitaria che permettano un contenimento dei consumi e una razionalizzazione dei costi. In questo contesto si situano le scelte di *cost-sharing*, ovvero di quale livello e modalità di compartecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria adottare.

Secondo la teoria economica/assicurativa i *ticket* (*ticket moderateur* nella letteratura francofona, *cost-sharing* o a seconda dell'algoritmo *copayments* o *coinsurance*<sup>2</sup> in quella anglo-sassone) hanno l'obiettivo di moderare i consumi, attraverso la riduzione di quelli non appropriati o non necessari: tale azione è basata sul principio della disincentivazione del fenomeno cosiddetto del *moral hazard*, una forma di opportunismo che fa sì che gli individui perseguano i loro interessi a spese di altri, con evidenti conseguenze in termini di efficienza e (in)equità<sup>3</sup>.

Nell'opinione di alcuni studiosi i *ticket* (da qui intesi in senso lato) avrebbero anche finalità redistributiva, sebbene su questo aspetto non necessariamente si trova un accordo. È infatti evidente che, almeno in sistemi sanitari universali o mutualistici, si tratterebbe di una redistribuzione di secondo livello, sommata a quella operata con la tassazione e anche con l'applicazione di premi medi, con effetti non facilmente controllabili. L'uso a fini redistributivi si scontra, inoltre, con l'evidente correlazione dei consumi con lo stato di salute, che per ragioni di equità impone limiti (esenzioni) all'uso dello strumento.

È infatti indispensabile, in ogni sistema sanitario, tenere conto delle caratteristiche personali del paziente-consumatore, prevedendo riduzioni/esenzioni o condizioni privilegiate di accesso finalizzate a proteggere alcune categorie più deboli della popolazione.

<sup>1</sup> CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

<sup>2</sup> Sebbene l'uso dei termini non sia sempre univoco, in generale per *co-payment* si intende il *ticket* in cifra fissa e per *coinsurance* quello in percentuale del valore della prestazione. Un ulteriore metodo di applicazione è quello della franchigia (*deductible*), che può essere in percentuale o in cifra fissa (in questo caso si parla di "scoperto").

<sup>3</sup> Ad esempio, sui mercati sanitari con bassa o nulla compartecipazione alla spesa, un individuo avrà scarsi o nulli incentivi ad evitare il consumo di prestazioni inutili, come anche ad investire nella prevenzione, sapendo che i suoi costi sanitari saranno comunque coperti dall'assicurazione.

### 1.6.2 Il *ticket* nei Paesi a sviluppo avanzato

L'analisi dell'evoluzione dei sistemi sanitari nei Paesi sviluppati mostra un sempre più frequente ricorso a schemi di compartecipazione alla spesa sanitaria, concepiti come strumenti atti ad incentivare l'utilizzo appropriato di farmaci e prestazioni, contribuendo così alla razionalizzazione della spesa (Cerm, 2006).

Nello specifico del settore farmaceutico sono tre i modelli in atto: *copayments* in somma fissa; *coinsurance* (pagamenti in percentuale del valore della prestazione) e franchigie (*deductibles*), ovvero previsioni di tetti che stabiliscono soglie entro le quali le prestazioni sono totalmente a carico del paziente o che stabiliscono il numero massimo di prescrizioni o prodotti che il paziente può ottenere senza supportarne il costo<sup>4</sup>.

Se si guarda al panorama dei Paesi OECD, si nota come l'applicazione dei *ticket* sia diffusa e avvenga nella maggior parte dei casi in forma percentuale rispetto al prezzo; in molti casi esiste una vera e propria progressione di percentuali di compartecipazione, con l'esclusione di particolari categorie di pazienti-acquirenti (Nota Cerm, 2006).

La Francia applica un *ticket* percentuale del 30% sulle prestazioni dei medici di base e sulle prestazioni specialistiche e diagnostiche, oltre ad un *ticket* a schema misto fissa-percentuale sulle prestazioni in regime di ricovero e un *ticket* del 65% sui farmaci per patologie minori che scende al 35% per gli altri farmaci e diviene 0% sui farmaci di particolare importanza (farmaci salvavita).

La Germania applica un *ticket* fisso sulle prestazioni dei medici di base e su quelle specialistiche e diagnostiche, come anche per ogni giorno trascorso in ricovero (con un tetto massimo di spesa per il paziente); è prevista inoltre una percentuale unica di compartecipazione sui farmaci del 10%, con una soglia minima e massima.

Nel caso della Spagna e del Regno Unito le prestazioni diverse dalla farmaceutica sono gratuite; in Spagna si applica un *ticket* percentuale sui farmaci del 40% (i pazienti che non accettano il generico, che il farmacista è tenuto a offrire loro, pagano, oltre alla differenza rispetto al tetto massimo rimborsabile, anche un *ticket* pari al 40% del prezzo di riferimento), mentre nel Regno Unito è fisso per prescrizione (£ 6, Cerm, 2004).

Se si guarda esclusivamente al settore farmaceutico si nota che il Portogallo adotta un *ticket* del 30% per i farmaci rivolti a malattie gravi e del 60% per gli altri farmaci, esentando i farmaci per malattie croniche e salvavita; la Svezia adotta un *ticket* percentuale combinato a franchigie: secondo il nuovo sistema introdotto nel marzo 2000 il *cost-sharing* varia a seconda della spesa individuale annua per prodotti farmaceutici: fino a SEK 900, pagamento del 100% del costo della prescrizione; SEK 901-1.700, pagamento del 50% del costo della prescrizione; SEK 1.701-3.300, pagamento del 25% del costo della prescrizione; SEK 3.301- 4.300, pagamento del 10% del costo della prescrizione; oltre SEK 4.300 all'anno esenzione.

La Svizzera adotta un *ticket* del 10% su ogni servizio erogato, includendo non solo la farmaceutica ma anche le visite e i trattamenti fisioterapici; nel 2006 il tasso di comparteci-

<sup>4</sup> Per un'analisi più dettagliata sul tema delle politiche di compartecipazione alla spesa sanitaria si rimanda a Rocchetti I., Spandonaro F. (2007), *La compartecipazione dei cittadini alle spese sanitarie, Spunti di riflessione per riformulare le politiche sanitarie, documento di supporto al workshop proposto dal CEIS Sanità, dalla Fondazione MSD e dal Pensiero Scientifico Editore.*

pazione è aumentato al 20% sui *branded* sostituibili con farmaci generici più economici. È previsto un limite massimo di pagamenti annui di CHF 700 per gli adulti e di CHF 350 per i giovani (Oecd, 2007).

In Giappone l'aliquota è del 30% e diviene del 20% sui prodotti immessi sul mercato da meno di 3 anni; in Grecia è previsto un *ticket* pari al 25%, ma per gli affetti da malattie gravi o croniche è previsto il pagamento di un'aliquota ridotta al 10%.

In Norvegia, al di fuori di un gruppo a pieno rimborso, viene applicato un *ticket* del 25%, con una soglia massima in termini assoluti; in Lussemburgo i farmaci dispensati sono suddivisi nella categoria a pieno rimborso (quelli più importanti sul piano terapeutico e clinico) e in quella a compartecipazione del 20%.

Infine l'Ungheria adotta *ticket* con percentuali variabili a seconda dei prodotti pari allo 0%, 10%, 30%, 50%, 100%; in Islanda la compartecipazione farmaceutica utilizza le aliquote 0%, 12,5% e 25%; la Polonia del 30% e del 50%; la Turchia del 10% e del 20% (Oecd, 2004).

Nella maggior parte dei Paesi, indipendentemente dallo specifico schema adottato, sono previste differenziazioni (esenzioni/condizioni privilegiate) in funzione della tipologia di pazienti, al fine di proteggere le categorie di utenti più svantaggiate sia in termini di reddito che di stato di salute. Nel Regno Unito, ad esempio, sono esenti da compartecipazione farmaceutica gli anziani over 60, i bambini fino a 16 anni, gli studenti fino a 18 anni, le donne in gravidanza, gli affetti da patologie particolari (per esempio epilessia, diabete, ipertiroidismo); è inoltre prevista l'esenzione per reddito e disoccupazione (Cerm, 2004). In Francia è prevista l'esenzione totale per patologia, basso reddito e per età (*over 75*); la Spagna prevede esenzioni per pensionati, invalidi e malati cronici; la Germania per patologia, reddito ed età; in Portogallo è previsto il pagamento di aliquote inferiori sulla farmaceutica per fasce di reddito minori; in Svezia si ha l'esenzione totale per i pensionati e i redditi bassi, alcuni farmaci sono rimborsati al 100% (ad esempio l'insulina); in Grecia sono esenti da compartecipazione al prezzo le donne in gravidanza e nel periodo post-parto e i disabili.

In Australia il sistema di compartecipazione prevede l'esenzione per malattie croniche, per fasce di reddito svantaggiate e in generale per i possessori di carta di esenzione (*concessional cardholders*); in Austria, dove i cittadini pagano una quota fissa di € 4 per prescrizione farmaceutica, è prevista l'esenzione per patologia e reddito; anche in Danimarca sono previste esenzioni per bassi redditi: i malati cronici non pagano *copayment* sulle spese per farmaci superiori alle DKr 2.875 all'anno. La Finlandia, oltre ad avere un *copayment* in somma fissa di € 8,4 più un *copayment* percentuale del 25% su prodotti salvavita o per patologie croniche e un *copayment* in somma fissa di € 8,4 più un *copayment* percentuale del 50% su tutti gli altri prodotti, prevede una franchigia annua per paziente al di sotto della quale le spese sono interamente a suo carico (nel 2002 tale franchigia era pari a € 594,0); le esenzioni si hanno per redditi bassi e per particolari patologie.

La Nuova Zelanda infine si caratterizza per un *copayment* in somma fissa (variabile da \$ 2,0 a \$ 8,0) e per uno schema di esenzione che coinvolge i bambini e i pazienti a basso reddito (Cerm, 2004).

### 1.6.3 Lo stato dei ticket in Italia

La normativa attuale in ambito sanitario prevede un *ticket* sulle ricette mediche, sulle prescrizioni farmaceutiche e su alcune prestazioni di pronto soccorso.

Nello specifico la L. n. 296/2006 del 27.12.2006 (Finanziaria 2007) prevede, a carico degli assistiti non esenti, il pagamento di un *ticket* per le visite specialistiche e gli esami diagnostici e di laboratorio di € 36,15 e fino a poco tempo fa il pagamento di un *ticket* aggiuntivo sulla ricetta di € 10. Esistono peraltro delle differenze regionali: per esempio in Lombardia la quota massima per le prestazioni è di € 46, in Sicilia invece per la prestazione si pagano € 38,15.

È previsto inoltre un *ticket* regionale sulle ricette farmaceutiche di € 1 o € 2 a seconda della Regione considerata e un *ticket* di una quota fissa di € 50 sulle prestazioni di assistenza termale erogate sotto forma di cicli di cure idrotermali a soggetti affetti da determinate patologie (Assr, 2007). La normativa attuale prevede, inoltre, l'esenzione totale o parziale dalla compartecipazione alla spesa per particolari fasce di reddito e/o di età, per i cittadini affetti da malattie croniche e invalidanti etc.

Nello specifico, per quanto riguarda la farmaceutica i criteri di esenzione differiscono da Regione a Regione, per quanto riguarda invece la specialistica, secondo la normativa nazionale sono esenti da compartecipazione per età e reddito:

- i cittadini di età superiore ai 65 anni, appartenenti a nucleo familiare con reddito complessivo riferito all'anno precedente non superiore a € 36.151,98;
- i bambini sotto i sei anni, appartenenti a nucleo familiare con reddito complessivo riferito all'anno precedente non superiore a € 36.151,98;
- i titolari di pensioni sociali e familiari a carico;
- i pensionati al minimo sopra i 60 anni e familiari a carico (si intende una famiglia che nell'anno precedente ha avuto un reddito complessivo inferiore a € 8.263 aumentati fino a € 11.362,22 per il coniuge a carico e di ulteriori € 516 per ogni figlio a carico);
- i disoccupati, iscritti come tali nelle liste di collocamento (per disoccupato si intende colui che ha perso il lavoro ed è iscritto alle liste di collocamento, non chi non ha mai lavorato; la condizione deve essere presente al momento della fruizione della prestazione);
- i familiari a carico di disoccupato di cui al punto sopra;
- gli extracomunitari regolarmente residenti in Italia e iscritti come disoccupati nelle liste di collocamento;
- i familiari a carico di disoccupato di cui al punto sopra.

Sono esenti per invalidità:

- Per tutte le prestazioni specialistiche:
  - invalidi di guerra e per servizio appartenenti alle categorie dalla I alla V;
  - invalidi civili e invalidi per lavoro con una riduzione della capacità lavorativa superiore ai 2/3;
  - invalidi civili con indennità di accompagnamento;
  - ciechi e sordomuti;
  - ex deportati nei campi di sterminio nazista KZ (1);
  - vittime di atti di terrorismo o di criminalità organizzata.

- Per tutte le prestazioni specialistiche correlate alla patologia invalidante:
  - invalidi di guerra e per servizio appartenenti alle categorie dalla VI alla VIII;
  - invalidi per lavoro con una riduzione della capacità lavorativa inferiore ai 2/3;
  - coloro che abbiano riportato un infortunio sul lavoro o una malattia professionale;
  - categorie equiparate dalla legge agli invalidi e mutilati di guerra.

Sono esenti per patologia:

- soggetti affetti da malattie croniche e invalidanti;
- soggetti affetti da malattie rare.

Nella Regione Lombardia l'esenzione per patologia cronica e rara è riconosciuta ai soggetti con situazione economica inferiore a una soglia predeterminata.

Sono previste inoltre esenzioni per finalità o condizioni di interesse sociale nel caso di:

- diagnosi precoce dei tumori;
- tutela della maternità (Decreto ministeriale del 10 settembre 1998);
- prevenzione HIV in soggetti a rischio;
- promozione delle donazioni di sangue, organi e tessuti;
- tutela dei soggetti danneggiati da vaccinazioni etc.

Per quanto riguarda il pronto soccorso la legge finanziaria per l'anno 2007 stabilisce che per le prestazioni erogate non seguite da ricovero, la cui condizione sia stata codificata come non urgente (codice bianco), gli assistiti non esenti sono tenuti al pagamento di una quota fissa pari a € 25. La somma di € 25 è stata stabilita solo sugli "accessi impropri" al pronto soccorso, dove per accessi impropri si intendono appunto i codici bianchi che non dovrebbero essere seguiti dall'équipe del pronto soccorso ma dal medico di famiglia o dal servizio di "continuità assistenziale". Oltre alla somma di € 25, le Regioni possono decidere di far pagare un *ticket* aggiuntivo per eventuali prestazioni effettuate in pronto soccorso: visite specialistiche, accertamenti diagnostici, interventi terapeutici, etc. Non pagano il *ticket* al pronto soccorso per codice bianco tutti gli esenti stabiliti dalla normativa nazionale (vedi sopra), coloro che godono già di una esenzione per reddito e/o età e i giovani fino a 14 anni.

Le norme italiane esistenti in materia di *ticket* ed esenzione si sono affastellate nel tempo dando vita ad un meccanismo con rischi di iniquità (Doglia, Spandonaro, 2006-2007) e scarsamente efficace nel combattere l'inappropriatezza.

A tali conclusioni si arriva considerando la percentuale di famiglie impoverite, che nel 2005 risulta pari a circa l'1,5% del totale e la percentuale di famiglie soggette a spese catastrofiche<sup>5</sup>, che risulta pari al 4,1% del totale e analizzando l'associazione tra impoverimento (e catastroficità) e consumo. L'impoverimento risulta associato, in maniera più evidente della catastroficità, al livello di consumo (e quindi presumibilmente di reddito).

<sup>5</sup> Le spese catastrofiche sono definite dall'OMS come le spese maggiori o uguali al 40% della capacità di pagamento dei nuclei familiari.

Guardando alle spese *out-of-pocket*<sup>6</sup> (OOP) per livello di consumo si ha che per le famiglie povere le spese sanitarie OOP risultano fortemente concentrate nella farmaceutica: questo sembra confermare la presenza di un imperfetto funzionamento del sistema di compartecipazione ed esenzione, che risulta un considerevole onere lasciato in capo alle famiglie meno abbienti. Oltre alla farmaceutica, le visite specialistiche assumono un peso rilevante nelle spese *out-of-pocket* delle famiglie impoverite.

Inoltre l'impoverimento e la catastoficità non si distribuiscono uniformemente sul territorio nazionale: le Regioni del Sud mostrano una maggiore incidenza sia in termini di povertà che di impoverimento, mentre le Regioni del Nord presentano un'incidenza dell'impoverimento inferiore alla media nazionale anche se rispetto al 2004 il Veneto, il Friuli Venezia Giulia e in misura minore il Piemonte e la Valle d'Aosta presentano un peggioramento negli indicatori di equità. Migliorano invece gli indicatori di tutte le Regioni del Centro, dell'Emilia Romagna e del Trentino A. A. (Doglia, Spandonaro, 2007).

Ciò implica la necessità di politiche equitative, che correggano il funzionamento del meccanismo associato *ticket*/esenzione.

#### **1.6.4 L'evidenza sull'efficacia/efficienza del copayment**

Il tema dei *ticket* è spesso al centro dell'attenzione delle politiche sanitarie, sempre con il rischio che l'aspetto finanziario prevalga sulle ragioni di efficienza ed equità che inducono all'uso dello strumento.

Il dibattito che accompagna le manovre di modifica dei *ticket* peraltro rivela frequentemente l'esistenza di pregiudizi e aprioristiche prese di posizione, mancando un adeguato supporto informativo, fondato su basi scientifiche consolidate e condivise.

Come già precedentemente accennato, una, se non la principale funzione del *ticket* dovrebbe essere quella di moderare i consumi, attraverso la riduzione di quelli non appropriati o non necessari. Si è quindi ritenuto di realizzare una *review* degli studi quantitativi sul *cost-sharing*, tentando così di fornire una base di evidenza al dibattito.

Sono molti gli studi che hanno fornito, attraverso la messa a punto di modelli statistici descrittivi e/o econometrici su dati campionari e/o amministrativi, evidenza quantitativa sugli effetti del *cost-sharing*.

Tali studi sembrano in complesso confermare come il *cost-sharing* (nelle sue varie formulazioni) abbia un impatto significativo sull'utilizzo dei servizi sanitari: nello specifico l'elasticità dei consumi al prezzo (*ticket*) è costantemente negativa, come era peraltro lecito attendersi.

Il primo studio volto ad analizzare l'impatto del *cost-sharing* sui consumi è stato il *Rand Health Insurance Study* (HIS), condotto negli Usa dalla *Rand Corporation* nel 1970 (*Health Economics*, 1992), che rappresenta anche uno dei pochi studi impostati in modo da fornire un'evidenza basata su casi controllati. Tale studio ha ispirato la maggior parte delle

<sup>6</sup>Per spese *out-of-pocket* si intendono quelle spese che vengono corrisposte direttamente dai nuclei familiari e non vengono rimborsate (es. spese per i medicinali, etc.).

analisi successive in quanto, basandosi su un esperimento<sup>7</sup>, è giunto a risultati importanti di tipo quantitativo, fornendo anche una base empirica rilevante per la valutazione degli eventuali effetti prodotti dal *ticket* in termini di equità, di efficienza/efficacia e di appropriatezza.

I risultati raggiunti dall'HIS sono stati confermati del tutto o in parte da altre analisi empiriche effettuate non solo negli Usa ma anche in altri Paesi. I contesti analizzati in queste analisi sono naturalmente diversi: alcuni autori per esempio studiano l'effetto sulle visite e sul consumo di medicinali indotto dall'aumento del *ticket* sui consumi farmaceutici, sia per i non esenti che per gli esenti cronici (Gerald Schnell et al., 2005); altri studi confrontano i consumi ambulatoriali e farmaceutici nel periodo precedente e in quello successivo all'introduzione del *ticket* o viceversa nel periodo precedente e in quello successivo all'abolizione (Daniel A. Vardy et al., 2006; Vittorio Mapelli, 2005); altri autori analizzano la quantità di cure ambulatoriali erogate sia da medici di cure primarie che da medici specialisti, in due tipologie diverse di modelli di cura: quella che si basa su una HMO (*Health Maintenance Organization*) con *gatekeeper*, cioè con accesso "vincolato" alle visite specialistiche, e quella che si basa su una HMO "punto di servizio", cioè con accesso diretto alle visite specialistiche (Geoffrey F. Joyce et al., 2000); altri autori ancora stimano l'andamento della domanda farmaceutica all'interno di alcune classi terapeutiche (antidepressivi, farmaci per problemi cardiovascolari, etc.) in un contesto di *ticket* costante o in crescita (Pamela B. Landsman et al., 2005).

La maggior parte degli studi analizzati mostra, o meglio conferma ciò che era lecito attendersi, ovvero che la domanda, a parità di altre condizioni, tenderebbe a divenire tanto più anelastica quanto più la prestazione in oggetto è legata a bisogni gravi/acuti; inoltre che l'elasticità, a parità di altre condizioni, risulterebbe maggiore per i soggetti dotati di minore reddito. Inoltre l'elasticità, a parità di altre condizioni, risulterebbe minore per i soggetti affetti da malattie croniche, anche se i suoi livelli sembrano non omogenei nei vari studi. Nello specifico Mapelli (2005), analizzando il cambiamento dei consumi farmaceutici in Italia in seguito all'abolizione delle compartecipazioni alla spesa nel 2001, che erano state introdotte nel 1978 e variate diverse volte nel corso degli anni, in Italia, mette in evidenza come gli esenti si caratterizzino per una domanda farmaceutica più rigida e scarsamente influenzata dall'abolizione del *ticket*. Le elasticità sono pari a 0,05 per il totale della popolazione e a 0,04 per gli esenti: 0,16 per gli esenti per reddito ed età e 0,01 per gli esenti per patologia cronica.

Schnell G. (2005) evidenzia che l'impatto del *copayment* è meno pronunciato tra gli individui affetti da alcune malattie croniche (ipertensione, infarto, alto livello di colesterolo,

<sup>7</sup> L'esperimento condotto dalla Rand Corporation si basa su un campione di 2.000 famiglie e 5.809 individui provenienti da sei località diverse degli Usa. Sono escluse dall'analisi le persone con 62 anni e più, le persone non anziane iscritte al Medicare, gli individui con reddito maggiore di \$25.000 etc. Alle persone che partecipano a tale esperimento viene assegnato in modo random un determinato piano assicurativo: piena copertura assicurativa (nessun pagamento di copayment), pagamento di un copayment del 25% per tutti i servizi, pagamento di un copayment del 50% per tutti i servizi, pagamento di un copayment del 95%, etc.



disfunzioni nella tiroide, rischio di osteoporosi, obesità, diabete mellito, asma e altri disturbi cronici): solo il 6% dei cronici riporterebbe una riduzione nelle visite specialistiche e il 7% una riduzione nel consumo di farmaci.

I vari studi infine evidenziano che laddove esiste una sostituibilità fra prestazioni, ad esempio per i farmaci, sembrerebbe che la riduzione del consumo sia almeno in parte attribuibile allo spostamento verso farmaci meno costosi e/o generici, con presumibili miglioramenti nell'appropriatezza; di contro, laddove è minore o assente la sostituibilità, la riduzione del consumo non è chiaro se sia dovuta o meno alla riduzione di consumi inappropriati o anche di quelli appropriati. Solo uno studio (Lo Sasso et al., 2002), relativo a prestazioni legate alla salute mentale, evidenzia un significativo peggioramento negli *outcomes*.

Una *review* condotta da Goldman, Joyce e Zheng (2007), finalizzata ad analizzare le connessioni esistenti tra *cost-sharing* farmaceutico e consumo di farmaci, nonché utilizzo di altri servizi ed esiti di salute, conferma che all'aumentare del *cost-sharing* si riduce il consumo farmaceutico; nello specifico l'elasticità della domanda è compresa in un *range* che va da -0,2 a -0,6: ciò significa che un aumento del *cost-sharing* del 10% è associato ad una riduzione del consumo e della spesa che va dal 2% al 6%. La *review* conferma altresì che i gruppi di individui con reddito basso sono generalmente più sensibili ai cambiamenti nei livelli di partecipazione; aggiunge però che per alcune malattie croniche un più alto *cost-sharing* farmaceutico si assocerebbe a un maggior uso di altri servizi sanitari. La *review* è peraltro finalizzata ad indagare su quali siano gli effetti del *cost-sharing* sulla salute dei pazienti.

La maggior parte dei contributi analizzati dalla *review* esamina l'impatto del *cost-sharing* sull'utilizzo dei servizi di emergenza e sull'ospedalizzazione; nello specifico si rileva che per i pazienti con alcune malattie croniche (diabete, schizofrenia, etc.) più alti livelli di *copayments* o *cost-sharings* sulle prescrizioni farmaceutiche si associano a un utilizzo maggiore di servizi sanitari *inpatient* e di emergenza.

Se si guarda agli effetti dei *cost-sharing* più in generale (cioè non con riferimento esclusivo alle malattie croniche), si ha che secondo alcuni studi a più alti *cost-sharing* corrispondono comunque stati di salute peggiori, in particolar modo tra la popolazione più "vulnerabile" come quella dei pazienti molto anziani e poveri. Osserviamo però che ciò può essere legato all'assenza di schemi di esenzione o all'esigenza di una revisione degli schemi esistenti.

L'aspetto è controverso tanto che molti altri autori come Fairman, Motheral, Johnson, Smith, etc., rilevano invece che quando la popolazione analizzata non si limita a quella con malattie croniche, gli incrementi di *copayments* non si associano a un maggior numero di visite *outpatient*, ad una maggiore ospedalizzazione o ad un numero maggiore di visite di emergenza, in altri termini non si assocerebbero a indicazioni che fanno pensare a stati di salute peggiori.

### 1.6.5 Conclusioni

Nei Paesi sviluppati si registra un sempre più frequente ricorso a schemi di compartecipazione alla spesa sanitaria come strumenti efficaci nel contenimento della spesa, nella riduzione dei sovraconsumi e in particolare dei consumi "inappropriati", e quindi dell'effetto di *moral hazard*; essi prevedono schemi di esenzione finalizzati alla protezione finanziaria delle categorie più deboli della popolazione (copertura economica per i meno

abbienti e per gli affetti da alcune patologie).

L'applicazione del *ticket*, soprattutto quello farmaceutico, avviene nella maggior parte dei casi in forma percentuale rispetto al prezzo: spesso esiste una vera e propria progressione di percentuali di compartecipazione. La compartecipazione farmaceutica italiana si differenzia in quanto è principalmente a quota fissa e di livello inferiore rispetto a quella adottata da altri Paesi europei (es. € 1 o € 2 contro £ 6 del Regno Unito, etc.).

I vari provvedimenti governativi e le esperienze sanitarie italiane e internazionali hanno ispirato numerose riflessioni e dibattiti tra epidemiologi, economisti, esperti di sanità ed esponenti del mondo politico. Nel dibattito si contrappongono radicalmente l'opinione di chi è contrario al *ticket* e quella dei sostenitori di tale forma di compartecipazione. Superando le posizioni ideologiche, le evidenze empiriche sugli effetti del *cost-sharing*, ottenute da una *review* della letteratura, sono riassumibili come segue:

- il *ticket* (nelle sue varie formulazioni) ha un impatto significativo sull'utilizzo dei servizi sanitari (l'elasticità dei consumi al prezzo è costantemente negativa);
- la domanda, a parità di altre condizioni, tende a divenire tanto più anelastica quanto più la prestazione in oggetto è legata a bisogni gravi/acuti;
- l'elasticità, a parità di altre condizioni, risulta minore per i soggetti affetti da malattie croniche, anche se i suoi livelli sembrano non omogenei nei vari studi;
- l'elasticità, a parità di altre condizioni, risulta maggiore per i soggetti dotati di minore reddito, giustificando così la necessità di schemi di esenzione;
- la selettività del *cost-sharing*, ovvero la sua capacità di incidere sui soli consumi inappropriati è legata alla sostituibilità dei prodotti, che peraltro è differente a seconda delle tipologie di prestazioni;
- eventuali effetti negativi sulla salute e/o sull'accesso alle prestazioni sembrano verificarsi solo in ambiti molto specifici o per categorie economicamente fragili, peraltro proteggibili con adeguati schemi di esenzione.

Gli studi da noi analizzati purtroppo non forniscono invece alcuna evidenza sull'efficienza/efficacia relativa ai vari schemi (*coinsurance* percentuale, *copayment* in somma fissa, etc.).

In conclusione, sebbene le evidenze sull'impatto del *cost-sharing* debbano e possano essere migliorate, sembra emergere come tale misura sia sostanzialmente efficace.

Possiamo aggiungere che la crescita dei bisogni, e in particolare della domanda di prestazioni inappropriate, rende urgente l'utilizzo del *cost-sharing*: la logica è da farsi risalire alla garanzia della generale universalità del sistema, che è ormai evidente che non potrebbe in alternativa comunque erogare "tutto a tutti" gratuitamente.

Perché però gli schemi di *cost-sharing* siano efficaci ed equi, è necessario utilizzare l'evidenza disponibile, riformando gli attuali schemi di compartecipazione/esenzione che si sono nel tempo affastellati per ragioni che si possono far risalire alla copertura finanziaria di breve periodo di strutturali disavanzi sanitari.

### Riferimenti bibliografici

- ANIA (2006-2007), *L'assicurazione italiana*, Associazione italiana fra le imprese assicuratrici, 2006-2007.
- Battaglia A (2006), *Universalità di accesso e fiscalità generale progressiva per garantire la sostenibilità del SSN*, Care.
- Buchmuller T, De Pourville G, Feldstein PJ, Martins J, Puig-Junoy J, Rutten F, Schweiger A e Tur-Prats A (2007), *A Comparison on Cost sharing policies*, Rapporto Ceis Sanità.
- Cislighi C e Costa G (2006), *Ma i ticket sono davvero la cura giusta per la sanità?*, Sole 24Ore Sanità.
- Docteur E, Oxley H (2003), *Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience*, OECD health working; 9.
- Doglia M, Spandonaro F (2006), *L'equità nel Servizio Sanitario Nazionale: impoverimento e spese catastrofiche*, Rapporto Ceis Sanità.
- Doglia M, Spandonaro F (2007), *Dalla distribuzione alle cause dell'impoverimento e delle spese catastrofiche: conoscere il fenomeno per intervenire*, Rapporto Ceis Sanità.
- Dompè S (2006), *Il copayment e la salvaguardia dell'equità*, Care.
- Esposito D (2002), *You get what you copay for, the influence of patient copayments on the demand for drug within a therapeutic class: the cases of the statins*.
- Europe Economics, Jacobzone, Noyce, Oecd Reuters W (1999, 2000, 2001), *Scrip World Pharmaceutical News*.
- Federfarma (2007), *Ticket regionali*, <http://www.federfarma.it/>.
- Goldman DP, Joyce GF, Zheng Y (2007), *Prescription Drug Cost Sharing, Association With Medication and Medical Utilization and Spending and Health*, *Jama* vol. 298, n.1.
- Gruber J (2006), *The Role of Consumer Copayments for Health Care: Lessons from the Rand Health Insurance Experiment and Beyond*, Kaiser Family foundation.
- Helms J, Newhouse JP, Phelps C, *Copayment and demand for medical Care: the California Medicaid experience*, *The Bell Journal of Economics*.
- Joyce GF et al (2000), *Visits to Primary Care Physician and to Specialists Under Gatekeeper and Point-of-Service Arrangements*, *The American Journal of Managed Care* vol. 6, n. 11.
- Landsman PB et al. (2005), *Impact of 3-Tier Pharmacy benefit design and increased consumer cost-sharing on drug utilization*, *The American Journal of Managed Care*, vol. 11, n. 10.
- Lo Sasso AT et al. (2002), *The effect of co-payments on substance abuse and treatment expenditures and treatment reoccurrence*, *Psychiatric services*, vol. 53, n. 12.
- Mapelli V (2005), *Spesa farmaceutica e invecchiamento della popolazione: le indicazioni di uno studio nella Asl Milano1*, *Politiche Sanitarie*, vol. 6, n. 3.
- Mingardi A (2006), *La necessità di riappropriarsi della responsabilità sulla propria salute*, Care.
- Moise P, Docteur E (2007), *Pharmaceutical Pricing and reimbursement policies in Sweden*, *OECD Health Working Papers* .
- Pammolli F, Ogialoro C, Salerno N (2004), *Strumenti di regolazione del mercato farma-*

*ceutico: un'analisi ragionata*, Cerm competitività regolazione mercati.

- Pammolli F, Salerno NC (2006), *Il copayment al centro della riorganizzazione federalista del SSN*, Cerm.
- Pammolli F, Salerno NC (2006), *Il copayment a difesa del Sistema Sanitario Universale*, Cerm.
- Paris V, Docteur E (2007), *Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Switzerland*, OECD Health Working Papers.
- Phelps CE (1992), *Empirical studies of Medical Care demand and Applications*, Health Economics.
- Saigusa O (2006), *Japan's healthcare system and pharmaceutical industry*, Journal of Generic Medicines 4, 23-29.
- Schnell G et al. (2005), *Effect of increased drug copayment on the demand for drugs and physician visits in Germany*".
- Spandonaro F (2006), *Responsabilizzazione e riequilibrio finanziario: due concetti da non confondere*, Care.
- Vardy DA et al. (2006), *Introducing copayment for consultant specialist services*, IMAJ vol. n. 8.
- Winkelmann R (2004), *Copayment for prescription drugs and the demand for doctor visits - Evidence from a natural experiment*, Health Economics, vol. 13, 1081-1089.