

## **Il copayment e il nuovo universalismo del SSN** *il “vecchio” dibattito sull’ISES e la sua riproposizione nel contesto Stato-Regioni*

di Fabio Pammolli e Nicola C. Salerno

CERM – Roma

---

Nella maggior parte dei Paesi OECD [1] la responsabilizzazione del consumo avviene lungo tutta la filiera sanitaria, dai farmaci, al medico di base, alla diagnostica specialistica, al ricovero. In molti casi è adottata una vera e propria declinazione del *copayment*, per tener conto della tipologia di prestazione e delle caratteristiche economico-sanitarie soggettive.

Sono esplicativi i due esempi della Francia e della Germania:

- la Francia applica un *copayment* del 30 per cento sulle prestazioni dei medici di base e su quelle specialistiche e diagnostiche, oltre ad un *copay* a schema misto fisso-percentuale su quelle in regime di ricovero; inoltre, la quasi totalità dei farmaci [2] è rimborsabile, ma con un’aliquota di *copay* del 35 per cento che si azzerava su alcuni prodotti di particolare importanza e sale al 65 sui *comfort drugs*;
- la Germania applica una *fee* fissa sulle prestazioni dei medici di base e su quelle specialistiche e diagnostiche, oltre ad una *fee* fissa per giorno di ospedalizzazione con un tetto massimo di spesa a carico del paziente; inoltre, la maggior parte dei farmaci [2] è rimborsabile, previo *copay* del 10 per cento all’interno di una soglia assoluta minima e massima.

In Italia, le prestazioni sanitarie pubbliche sono quasi completamente gratuite, eccezion fatta per le visite specialistiche e diagnostiche non in regime di ricovero e per i *ticket* sui farmaci nelle poche Regioni che li hanno (ri)adottati [3]. La cornice normativa è complicata dal processo di trasformazione federalista, con le scelte di regolazione demandate alle Regioni ma senza un coordinamento di base.

La quasi completa gratuità delle prestazioni è uno dei motivi alla base della crescita della spesa sanitaria pubblica, che tra il 2002 e il 2005 ha incrementato la sua incidenza sul PIL di 0,6 punti percentuali (0,4 se si considera la quota a carico dello Stato) [4]: tendenze che fanno passare in secondo piano l’impatto atteso al 2050 per il solo effetto dell’invecchiamento della popolazione [5].

Ci sono anche altri due aspetti (meno ovvi) da porre in connessione con la gratuità:

- tra il 1990 e il 2003 [6], la spesa sanitaria privata italiana è aumentata di 0,4 punti percentuali di PIL mentre quella pubblica è rimasta invariata; raro caso tra i *Partner* UE in cui le due voci di spesa non si sono coevolute [7];
- inoltre, la spesa farmaceutica privata italiana è aumentata di 0,3 punti percentuali di PIL, mentre quella pubblica diminuiva di 0,2; ancor più raro caso tra i *Partner* UE in cui il lato privato ha (più che) compensato quello pubblico [8].

Come è possibile che un sistema gratuito e universale come il nostro stia producendo questi risultati? Oltre l’83 per cento della spesa privata, poi, è costituita da pagamenti *out of pocket* dei cittadini, a valere direttamente sui loro redditi disponibili e quindi con un inevitabile impatto distributivo [9].

C'è qualcosa che non funziona nel nostro universalismo sanitario: da un lato tendenze macrofinanziarie della spesa pubblica non sostenibili, dall'altro la levitazione della spesa privata senza adeguati "filtri" per tener conto delle condizioni soggettive. Sono dati che parlano di una eterogeneità dei fini, in atto e soprattutto prospettica: se non si interviene, il rischio è quello di una divaricazione tra affermazioni di principio e aspirazioni da un lato e, dall'altro, capacità di fornire le prestazioni. Uno scollamento tra Costituzione formale e Costituzione reale.

L'Italia è ferma ad una concezione di universalismo che appare "antica", vincolata alla gratuità "a tutti i costi" e all'assestamento delle richieste di prestazioni; un presupposto che rende arduo confrontarsi con il continuo aumento della domanda, con l'invecchiamento della popolazione e con le prospettive che scienza e tecnologia continuamente aprono. Di fronte a queste sfide/opportunità sarà sempre più necessario coordinare la spesa con le possibilità di spesa e, all'interno della spesa, promuovere l'adeguatezza del consumo e seguire degli ordini di priorità per il finanziamento pubblico. A questo scopo, la compartecipazione al costo, articolata per tipologia di prestazione e graduata in base alle caratteristiche economiche e sanitarie soggettive, è uno strumento adatto ad introdurre quei principi di responsabilizzazione individuale e di selezione.

Si è consapevoli che questo equivale alla riapertura del dibattito sull'ISES (l'indicatore di condizione economico-patrimoniale [10]), ma non stupisce che, in un Paese che vuol avviare il federalismo sanitario mantenendo, per giusti e irrinunciabili motivi, rilevanti flussi redistributivi interregionali, i problemi di *policy* possano essere sintetizzati nella scelta e nel funzionamento di un indicatore che si presta contemporaneamente ad obiettivi di efficienza e di equità. Oltre a riesaminare le difficoltà che ne impedirono l'adozione nel 1998, se ne dovrebbe valutare la contestualizzazione all'interno dei rapporti Stato-Regioni.

Utilizzato *cum granu salis*, il *copayment* può favorire sia la coesione territoriale, migliorando l'affidabilità reciproca tra le Regioni ai fini dell'allocazione delle risorse e del controllo della spesa, sia la coesione sociale, mantenendo l'accesso alle prestazioni sanitarie non condizionato dal reddito/patrimonio. Non è la fine dell'universalismo e delle conquiste *welfariste* del Novecento; è la loro riproposizione e il loro consolidamento per gli anni avvenire.

Roma, lì 23 Giugno 2006

[1] Cfr. *"Towards high performing health systems"* (2004).

[2] Sia con che senza obbligo di prescrizione. In Italia il perimetro di rimborsabilità è più ristretto (la fascia "A" comprende un sottoinsieme dei farmaci con obbligo di prescrizione).

[3] Solo 7 Regioni hanno *ticket* sui farmaci territoriali e non in forma percentuale del prezzo. Indirizzi diversi da Regione a regione si stanno affermando per quanto riguarda le prestazioni in ricovero diurno.

[4] Cfr. Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese (2006 – preliminare; [www.tesoro.it](http://www.tesoro.it)). Se si sposta all'indietro l'anno di partenza, l'entità della crescita risulta ancor più marcata. Nel 1999, l'incidenza sul PIL era del 5,7 per cento.

[5] 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 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"*.

[6] Cfr. OECD, *"Health Data"* (2005, October release).

[7] Nello stesso arco di tempo, negli USA la spesa pubblica è aumentata di 1,9 punti percentuali di PIL a fronte degli 1,1 della spesa privata.

[8] Nello stesso arco di tempo, in USA la spesa pubblica è crescita di 0,3 punti percentuali di PIL.

[9] Cfr. OECD, *"Health Data"* (2005, October release). Quella italiana è la terza percentuale più alta nel 2003 (dopo Danimarca e Grecia) e con il maggior incremento (quasi 10 punti percentuali) tra il 1990 e il 2003

[10] Cfr. Decreto Legislativo n. 124 del 29 Aprile 1998.