

LA CONCORRENZA NELLA FORNITURA DEI SERVIZI SANITARI: UN'UTOPIA?

Dr. Salvatore Rebecchini
Componente
Autorità Garante della Concorrenza
e del Mercato

Roma, 13 novembre 2012

EVIDENZE EMPIRICHE SUL SSN ITALIANO

- I problemi del SSN non riguardano la spesa:
 - Spesa complessiva/PIL in linea con la media OCSE, con componente pubblica è pari al 6,9 per cento, contro 6,4 nei paesi OCSE (dati 2009)
 - Dinamica della spesa ha seguito le tendenze internazionali: 1997-2007 la spesa sanitaria pubblica pro-capite italiana in termini reali + 3,3% in media all'anno (+ 4,3% nella media dei paesi OCSE)
- I problemi riguardano la **qualità** e l'**efficienza** del servizio, non tanto a livello aggregato nazionale quanto in alcune aree del paese

SETTORE OSPEDALIERO: DISPARITA' TERRITORIALI NELLA QUALITA'

- A fronte di una **spesa omogenea sul territorio**, si rilevano notevoli **differenze nella qualità** dei servizi erogati, peggiore nel Mezzogiorno
- Ampi divari di efficienza dipendono da differenze nella **dimensione media degli ospedali** e nella **composizione del personale**:
 - Nel Nord la più elevata dimensione degli ospedali e la maggiore diversificazione delle prestazioni porta a maggiori economie di scala e di scopo, maggior ricorso a ricoveri in regime di day-hospital
 - Nel Sud si riscontrano dimensioni ridotte degli ospedali (forse con ruolo di supplenza di una carente assistenza domiciliare), e un'elevata incidenza della componente medica all'interno del personale

SETTORE FARMACEUTICO: DISPARITA' TERRITORIALI NELLA SPESA

- La spesa farmaceutica in convenzione appare notevolmente differenziata sul territorio
- Il divario è attribuibile a:
 - maggiore consumo di farmaci (mediamente più costosi) nel Sud
 - minore diffusione nel Sud della distribuzione diretta dei farmaci → su cui incide il modello organizzativo della sanità regionale
 - minore contributo privato alla spesa → su cui incide le diverse condizioni economiche di occupazione e reddito
- L'adozione delle pratiche migliori, riguardo ai livelli di consumo, al tipo di farmaci utilizzati e ai meccanismi di distribuzione, potrebbe contribuire significativamente al contenimento dei costi

COSA SIGNIFICA LIBERALIZZARE LA SANITA'? (1)

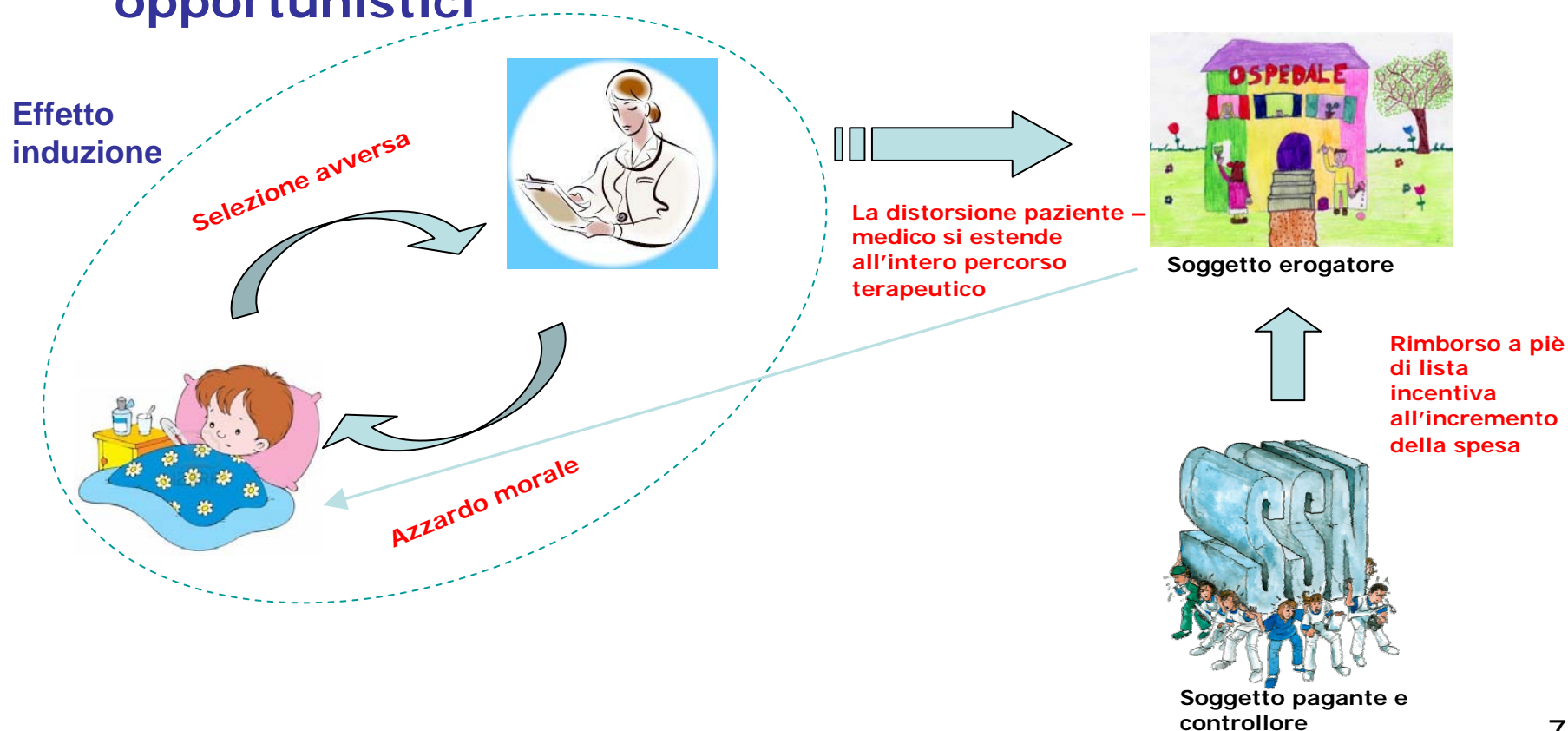
- Apertura incondizionata al mercato non è possibile date le specificità del settore (asimmetrie informative) e gli obiettivi di tutela della salute
- L'introduzione di qualche grado di concorrenza non implica di per sé:
 - Né l'introduzione di un "mercato" delle prestazioni sanitarie
 - Né l'ingresso di erogatori privati o privatizzazione di quelli pubblici

COSA SIGNIFICA LIBERALIZZARE LA SANITA'? (2)

- La concorrenza => libera scelta degli attori (medici, assistiti e soggetto pagante) per perseguire:
 - l’allocazione efficiente delle risorse
 - l’efficacia delle prestazioni sanitarie
 - il rispetto dei vincoli di spesa

SPECIFICITA' DELLA SANITA' (1)

- La teoria economica individua potenziali **inefficienze** nell'erogazione di prestazioni sanitarie dovute ad **asimmetrie informative** => **comportamenti opportunistici**



SPECIFICITA' DELLA SANITA' (2)

- Legge dell'offerta o **effetto induzione**:
 - la domanda di servizi sanitari da parte degli assistiti è indotta dall'offerta degli stessi, assecondando un circolo vizioso, per il quale l'offerta induce una domanda in eccesso che si traduce poi in un eccesso di offerta
- In assenza di controlli efficaci, il medico che si trova a intermediare la domanda di prestazioni sanitarie del proprio assistito è incentivato a soddisfarne anche la domanda in eccesso
- Questi incentivi sono tanto più forti quanto minore è la **compartecipazione** finanziaria dell'assistito alla spesa sanitaria indotta

UN MODELLO DI LIBERALIZZAZIONE

- Necessaria **regolazione ex-ante**:
 - dell'ambito aperto alla concorrenza e dell'ingresso di operatori privati
 - delle relazioni tra i vari attori per ridurre discrezionalità
 - del sistema di rimborso

- Necessari **controlli ex-post**:
 - valutazione delle prestazioni al fine di incentivare la qualità e l'efficienza e sistema di pubblicità delle valutazioni per informare le scelte degli assistiti e dei medici

STUDI SU IMPATTO CONCORRENZA TRA OSPEDALI

- Studi condotti in US, UK e Paesi Bassi su concorrenza tra ospedali
- Forte evidenza empirica dei benefici sulla qualità in regime di prezzi amministrati dal regolatore (prezzi maggiori dei costi marginali):
 - Non potendo competere sui prezzi, gli ospedali competono sulla qualità per attirare un numero sempre maggiore di pazienti
- L'impatto incerto, in regimi di prezzi determinati dal mercato - tuttavia si rileva una pressione al ribasso sui prezzi

LE SEGNALAZIONI DELL'AGCM SUL SSN

- L'AGCM ha mosso alcuni rilievi finalizzati ad ottenere il massimo di "mercato sanitario" raggiungibile a Costituzione invariata
- In particolare:
 - le segnalazioni sulla seconda riforma sanitaria del 1992 (AS145 del 1998) e sulla terza (AS175 del 1999);
 - 2012: le segnalazioni di gennaio (AS901) e ottobre (AS988) nell'ambito della legge annuale per la concorrenza e il mercato

PROPOSTE AGCM PER IL SSN (1)

Maggiore libertà di accesso per gli operatori privati

- Problema: Regioni e ASL “scelgono” i loro concorrenti
 - L’autorizzazione per realizzare strutture sanitarie private e per esercitare attività è soggetta a valutazioni altamente discrezionali

- Problema: La verifica del “fabbisogno” sanitario è una barriera all’ingresso non giustificata da alcuna esigenza
 - L’autorizzazione per le imprese private che operano nella fornitura di servizi sanitari non a carico dell’erario pubblico è subordinata alla verifica di compatibilità col “*fabbisogno complessivo e alla localizzazione delle strutture presenti in ambito regionale*” (comma 3, art. 8-ter del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502)

PROPOSTE AGCM PER IL SSN (2)

Eliminazione dell' accreditamento provvisorio

- Vari operatori privati si trovano in una situazione di accreditamento "provvisorio", e non istituzionale, in attesa delle verifiche "*del volume di attività svolto e della qualità dei suoi risultati*", per le quali, peraltro, la norma non detta alcun termine (art. 8-quater, comma 7, del d. lgs. n. 502/92).

Selezione trasparente delle imprese convenzionate

- Il sistema di convenzionamento delle imprese private deve operare su base selettiva, non discriminatoria, periodica e trasparente
- Prevedere nell'articolo 8-quinquies del d.lgs. n. 502/92 selezioni periodiche regionali, adeguatamente pubblicizzate, che facciano seguito a verifiche sistematiche degli operatori già convenzionati ed alla conseguente eventuale razionalizzazione della rete in convenzionamento

PROPOSTE AGCM PER IL SSN (3)

Valutazione delle performance

- Incrementare **l'informazione** disponibile sulle performance delle strutture pubbliche e private per favorire la scelta da parte degli assistiti
- Occorre rendere facilmente disponibili:
 - i bilanci delle ASL e delle strutture private;
 - i dati sugli aspetti qualitativi del servizio (es. lunghezza delle liste di attesa per le prestazioni presso le diverse strutture pubbliche dello stesso territorio), nonché sugli aspetti relativi all'attività medica svolta

PROPOSTE AGCM PER IL SSN (4)

Incentivi al contenimento della spesa sanitaria

- L'obbligo introdotto nel 2011 e 2012 per le ASL di rinegoziare coi fornitori di beni e servizi i contratti che prevedano prezzi unitari di fornitura che eccedono di almeno il 20% i corrispondenti prezzi di riferimento, potendo eventualmente recedere, senza alcun onere, laddove non venga raggiunto l'accordo
- Tale previsione:
 - crea le condizioni affinché nella prassi il fabbisogno di beni e servizi delle ASL venga soddisfatto a prezzi che eccedono il prezzo di riferimento di tale misura
 - sovrastima il livello del costo standard, il parametro che dovrebbe guidare la convergenza dei costi di approvvigionamento del servizio sanitario a livelli di efficienza

PROPOSTE AGCM PER IL SSN (5)

Superamento dei conflitti di interessi nella *governance*

- Erogazione delle prestazioni sanitarie e pagamento delle prestazioni medesime si concentrano nello stesso soggetto, l'Azienda sanitaria
- Ciò, in combinato con il sistema di remunerazione a tariffa, implica l'esistenza di un chiarissimo conflitto di interessi, in cui gli operatori privati appaiono nettamente svantaggiati
- L'AGCM propone, già dal 1998, distinzione di funzioni:
 - programmazione e controllo del fabbisogno sanitario territoriale alle Regioni
 - prestazioni sanitarie erogate indifferentemente da strutture pubbliche o private
 - pagamento delle prestazioni (e il controllo sulla qualità delle stesse) dall'AUSL

DISTRIB. FARMACEUTICA: COSA E' STATO FATTO

- Le recenti riforme introdotte dal governo a partire dal decreto Cresci Italia hanno:
 - incrementano il rapporto fra il **numero di farmacie** autorizzabili e il numero degli abitanti
 - previsto la possibilità per le farmacie di vendere i **farmaci monodose** (con conseguente riduzione degli sprechi) e per le parafarmacie di vendere un sottoinsieme dei cosiddetti farmaci di fascia C e di farmaci veterinari
 - limitato la facoltà del medico di prescrivere specialità medicinali, ove esista il **prodotto generico**, richiedendo specifica motivazione

DISTRIB. FARMACEUTICA: NON ANCORA FATTO

- Modifica del **sistema di remunerazione della filiera distributiva del farmaco**, (art. 15, comma 2, del d.l. 95/2012)
- L'AGCM ha proposto un sistema basato su **retribuzione 'a forfait'** per la vendita di ciascun medicinale, indipendentemente dal suo prezzo, piuttosto che sul valore dei prodotti venduti
- Vantaggi: si introduce un elemento di forte regressività del margine di guadagno rispetto al prezzo del prodotto, contribuendo ad incentivare la vendita dei farmaci a minor prezzo (in particolare, i farmaci generici)

DISTRIB. FARMACEUTICA: COSA RESTA DA FARE

Multi-titolarità delle farmacie

- L'aumento del numero delle farmacie non si traduce direttamente in un incremento della concorrenza di prezzo e/o di qualità. Tale esito si realizza solo laddove sia possibile che un unico soggetto possa assumere la titolarità di più licenze.
- Ciò contribuisce allo sviluppo di adeguate economie di scala e di rete e alla nascita di nuovi modelli di business, che potranno riverberarsi in una riduzione dei costi della distribuzione a beneficio dell'utenza.

Divieto di *patent linkage*

- L'articolo 11, comma 1, del d.l. 158/2012 lega l'efficacia dei provvedimenti necessari all'inserimento dei farmaci generici nella c.d. "Lista di Trasparenza" ai fini del rimborso a carico del SSN, alle date di scadenza brevettale indicate dal Ministero dello Sviluppo Economico