

IBL Briefing Paper

Numero 12

IBL
Istituto Bruno Leoni

15 Novembre 2004

La tassazione predatoria del farmaco

Paolo Pamini

Il rapporto degli italiani col proprio sistema sanitario non è dei migliori: il 63% dei nostri connazionali ritiene che gli altri Paesi europei forniscano un servizio migliore, il 50% pensa che nel prossimo decennio le condizioni rimarranno stabili o peggioreranno, e l'84% ritiene che occorra mettere mano a una riforma. Per migliorare le cose, l'84% vorrebbe avere accesso a informazioni più dettagliate in merito alla natura delle loro malattie e alle possibili cure, il 69% chiede un maggiore controllo sulla spesa sanitaria pubblica, e il 55% sarebbe disponibile a pagar di più di tasca propria.¹

Questo scontento generale si concretizza in problemi specifici, che però sono tutti strettamente legati. Ad esempio, la carenza d'informazioni (che è frutto anche del divieto fatto alle compagnie farmaceutiche di pubblicizzare i loro prodotti²) deriva anche dal timore delle autorità sanitarie che, disponendo di una più accurata panoramica dei farmaci in circolazione, i pazienti potrebbero chiedere di consumarne di più, con gravi conseguenze per i bilanci sanitari. Inoltre, la presenza di potenti gruppi di pressione lungo la filiera del farmaco, se da un lato accresce i disagi per i consumatori e la spesa del sistema sanitario nazionale (SSN), dall'altro crea la necessità d'individuare un "capro espiatorio" da colpire per limitare lo sfondamento dei vincoli di bilancio.

In Italia, la composizione del prezzo dei farmaci è rigidamente fissata *ope legis* (Tabella 1): ai farmacisti, in particolare, è

KEY FINDINGS

- ✍ L'84% degli italiani ritiene che sia necessario riformare il sistema sanitario nazionale.
- ✍ Alcuni gruppi politicamente forti sono in grado di garantirsi rendite di posizione alle spese dei consumatori.
- ✍ L'industria farmaceutica svolge, in Italia, il ruolo del "capro espiatorio".
- ✍ La pressione fiscale sull'industria supera il 74%.
- ✍ Le compagnie farmaceutiche in Italia investono poco in ricerca e sviluppo.
- ✍ Per risollevarne le sorti del settore, occorre inserire elementi di mercato nel settore farmaceutico.
- ✍ In particolare, è urgente la liberalizzazione della distribuzione, l'abolizione dell'Iva sui farmaci, l'abolizione del tetto di spesa farmaceutico e una maggiore possibilità per le imprese di informare direttamente i pazienti.

Paolo Pamini, luganese, sta preparando un dottorato di ricerca presso la cattedra di Economia istituzionale dell'Università di Zurigo, dove lavora come *teaching assistant*. Ha curato la parte di approfondimento del saggio di Tito Tettamanti, *I sette peccati del capitale* (Sperling & Kupfer, Milano 2002).
E-mail: ppamini@iew.unizh.ch

¹ Disney (2004): 111-119.

² Wold-Olsen (2004). Si veda anche Stagnaro (2004).

riservato quasi il 27% del prezzo dei farmaci dispensati dal SSN.

	Al lordo dell'Iva [%]	Al netto dell'Iva (10%) [%]
Aziende	66,65	60,59
Grossisti	6,65	6,04
Farmacisti	26,7	24,27

Tabella 1. Quote di spettanza sul prezzo di vendita al pubblico dei farmaci di fascia A.

Secondo uno studio prodotto da Ageing Society, l'Osservatorio sulla Terza Età diretto da Andrea Monorchio, una liberalizzazione, anche solo parziale, della distribuzione potrebbe generare notevoli risparmi per le finanze pubbliche. In particolare, "le strutture alternative, da noi interrogate, si sono dimostrate favorevoli a ricevere un aggio non superiore al 4-10%. Ad esempio la Coop e altre catene della grande distribuzione, purché sia prevista l'apertura di una farmacia".³

Un intervento è, in ogni caso, necessario: la spesa sanitaria del nostro Paese è stata, nel 2002, di 81.324 milioni di euro. Nel 2002, essa ammontava all'8,5% del PIL, contro il 9,7% francese, il 10,9% tedesco e il 14,6% americano. Mentre la spesa sanitaria pubblica in questi paesi rappresenta, rispettivamente, il 7,4, l'8,6 e il 6,6% del PIL, in Italia essa è pari al 6,4% del PIL. In termini relativi, questo significa che la spesa pubblica rappresenta il 76,6% della spesa sanitaria totale in Italia, il 76,0% in Francia, il 78,6% in Germania e 44,9% negli Stati Uniti. Quel che emerge, allora, è un modello europeo in cui il coinvolgimento, anche finanziario, dello Stato nella spesa pubblica è maggioritario e largamente dominante (la media europea essendo 77,2%).⁴

La Figura 1 riporta la distribuzione della spesa sanitaria nel 2003.

La spesa farmaceutica pubblica è stata di 11.096 milioni di euro, pari al 13,64% della spesa sanitaria complessiva (in diminuzione del 5,3% rispetto all'anno precedente).⁵ La

legislazione, tuttavia, pone un tetto del 13% alla spesa farmaceutica.

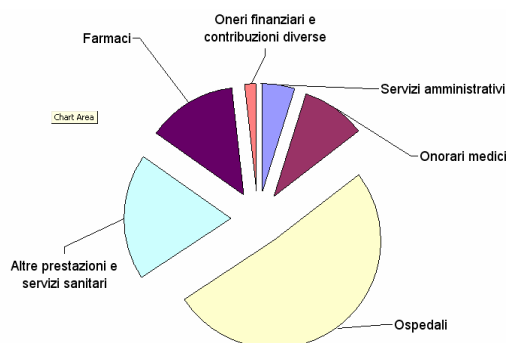


Figura 1. Distribuzione della spesa sanitaria pubblica per funzione, 2003.

Da qui deriva il tentativo – spesso impacciato e contraddittorio – di limitarla ricorrendo a una decretazione d'emergenza da parte dei governi che si sono succeduti negli ultimi anni. La legge n.112 del 15 giugno 2002 imponeva un taglio del prezzo dei farmaci del 5% al netto dell'Iva; tale provvedimento è stato in seguito prolungato per tutto il 2003. La situazione è stata ulteriormente peggiorata con l'entrata in vigore della legge n.326 del 24 novembre 2003, secondo cui, in caso di sfondamento del tetto del 13%, il 60% del differenziale va recuperato riducendo la quota del prezzo di vendita al pubblico riservata ai produttori (come già detto, il 66,65% al netto dell'Iva, pari a poco più del 60% del prezzo al pubblico). La quota di spettanza dei produttori, peraltro, era stata ancora ridotta del 7% dalla finanziaria 2003. La legge Finanziaria 2004 segue la stessa traiettoria delle precedenti.⁶

Questo genere d'interventi, che ha spinto Fabio Pammolli e Nicola Salerno a denunciare "l'illusione di riformare senza riforme",⁷ non fa altro che rimandare nel tempo la deflagrazione dei problemi e a scavare la fossa per l'industria farmaceutica nazionale.

Infatti, non potendo colpire corporazioni politicamente più forti (come i farmacisti e i grossisti) e non avendo il coraggio politico di mettere mano a una riforma significativa (con l'introduzione, almeno parziale, di elementi di

³ Ageing Society (2004): 9.

⁴ CERGAS (2004): pp.14-16.

⁵ Secondo i dati di fonte regionale, invece, la spesa farmaceutica pubblica ammonta al 13,76% della spesa sanitaria generale. Cfr. Farmindustria (2004): 33.

⁶ Si veda Mingardi (2004).

⁷ Pammolli e Salerno (2004).

concorrenzialità e liberalizzazione nel settore), la normativa si è accanita contro le compagnie produttrici, limandone i ricavi e riducendo ogni incentivo a investire in ricerca. Il risultato è che, secondo Farindustria, “la percentuale degli addetti alla ricerca sul totale degli occupati farmaceutici resta più bassa nell’industria farmaceutica italiana (6,13%) rispetto alle industrie farmaceutiche degli altri paesi più avanzati (UE 17,71%, Giappone 17,35%, USA 24,33%)”.⁸ Parimenti, “l’incidenza della spesa di ricerca sul fatturato globale è del 4,52% in Italia contro il 12,23% nella UE, il 19,22% negli USA e il 28,68% in Giappone”. In rapporto al PIL, questo significa che le nostre industrie farmaceutiche investono appena lo 0,06%, contro una media europea dello 0,20% e lo 0,22% di USA e Giappone.⁹ Non solo: negli ultimi 40 anni il numero di imprese produttrici operanti in Italia è sceso da oltre 750 a 295 (-60%). Il risultato è che, oggi, il tra i Paesi OCSE il nostro è quello col più basso numero di imprese farmaceutiche.¹⁰ Secondo i dati forniti da Farindustria, il 45,3% delle imprese, rappresentativo del 34,6% del fatturato totale del settore, ha registrato nel 2002 una diminuzione assoluta di fatturato.

Perché questo accade? In primo luogo perché, come si vedrà in seguito nel dettaglio, i profitti dell’industria vengono falciati da una tassazione record. La ragione va cercata nel fatto che il peso politico delle decine di migliaia di dipendenti dell’industria farmaceutica è di gran lunga inferiore al peso di potenti gruppi di pressione, come le associazioni dei farmacisti e dei grossisti. I primi non sono organizzati politicamente; i secondi si muovono come un unico organismo, e dispongono così argomenti cui il legislatore è particolarmente sensibile. Come ha sottolineato il premio Nobel James Buchanan, “tra tutte le alternative possibili, il politico sceglierà l’alternativa o opzione che massimizza la sua utilità personale, e non quella dei suoi elettori... In altri termini, si

tratta di un ‘reddito politico’ da considerare come una parte del compenso totale offertogli per la sua carica”.¹¹ Se un politico può permettersi, entro certi limiti, d’ignorare i desideri dei suoi elettori sconosciuti, per mantenere potere e privilegi egli deve curare scrupolosamente gli interessi dei suoi “grandi elettori” – ovvero di quei gruppi clientelari che sanno garantirgli, elettoralmente, l’appoggio di minoranze compatte e facilmente mobilitabili. Nel mercato politico italiano, la posizione delle corporazioni è assai più forte di quella dell’industria.

Il capro espiatorio: l’industria farmaceutica.

Nonostante il generale discredito (fondato, in larga misura, sul pregiudizio per il quale “estrarre profitto dal malato” sarebbe attività di per sé moralmente esecrabile) di cui è oggetto, l’industria farmaceutica sopporta la maggior parte dei costi di ogni manovra, strutturale (raramente) o demagogica (molto più spesso) che sia. Ad alimentare la credenza che l’industria sia responsabile del prezzo dei farmaci “troppo elevato” non sono solo le dicerie o la propaganda ideologizzata di quanti avversano sempre e comunque la libertà d’impresa. Il Ministro della Salute Girolamo Sirchia ha più volte esplicitamente chiamato in causa le imprese straniere e italiane, chiedendo loro sacrifici e rinunce allo scopo di migliorare le possibilità d’accesso dei cittadini ai trattamenti farmacologici. Per esempio, il titolare della Salute ha ripetutamente chiesto che le aziende farmaceutiche “rendano più trasparenti i loro bilanci, indicando con chiarezza le spese per la promozione dei prodotti, affinché regolino anche l’attività degli informatori scientifici, per evitare così ritorni illegittimi”.¹² Quel che colpisce è l’attenzione di Sirchia nell’evitare ogni accusa ad altre categorie operanti lungo la filiera del farmaco, i cui profitti derivano da una specifica protezione accordata da leggi anacronistiche e dannose per i consumatori.

⁸ Farindustria (2004): 23.

⁹ Ivi: 22.

¹⁰ Farindustria (2004a).

¹¹ Buchanan (1998): 293.

¹² Reggio (2003).

Come già accennato, conseguenza di tale atteggiamento demagogico è una tendenza a colpire le case farmaceutiche per coprire i disavanzi del SSN, o – semplicemente – come mossa “acchiappavoti” da parte dei governi (che possono così “rivendere”, elettoralmente, i risultati ottenuti in termine di diminuzione del prezzo dei farmaci). Del resto, le alternative usuali, cioè l'imposizione di *ticket*

	2002 [%]	2003 [%]	2004 [%]
Imposte ordinarie	45,57	45,27	46,71
Effetti fiscalità farmaceutica	5,88	5,53	5,69
Effetti misure impositive	0	1,64	21,72
Totale carico fiscale ed impositivo	51,45	52,44	74,12

Tabella 2. Componenti del carico fiscale ed impositivo gravante sulle imprese farmaceutiche italiane.

(*co-payment*) o l'aumento dei prezzi delle medicine, non godono di grande popolarità. Ancor meno popolare è una riforma strutturale, pure necessaria, il cui costo politico sarebbe immediato, mentre i benefici potrebbero essere lontani nel tempo.

Secondo l'Istat, l'indice dei prezzi al consumo dei medicinali ha registrato nel 2002 una riduzione dell'1,4%.¹³ A fronte di ciò, le aziende hanno dovuto fronteggiare un'inflazione sostenuta, che si è manifestata nell'aumento di tutti i principali costi farmaceutici.

Oltre alla riduzione dei prezzi dei farmaci rimborsabili (perseguita attraverso l'imposizione di “sconti” a scapito dei produttori), tra i provvedimenti recenti si ricordano: l'adozione di un nuovo Prontuario farmaceutico, l'abolizione della fascia B, il declassamento dei farmaci precedentemente a carico del SSN, l'introduzione di un contributo del 5% sulle spese promozionali, la copertura del 60% dello sfondamento del tetto di spesa farmaceutica a carico delle compagnie e, infine, misure di carattere strettamente fiscale, come l'inasprimento del regime di deducibilità per le spese di

promozione e di informazione scientifica.¹⁴ Quest'ultima, in particolare, è crollata dal 100% all'80% nel 1998-99, al 40% nel 2000-2001, per giungere oggi al 20%.

Uno studio condotto dalla compagnia KPMG, che ha preso in esame un campione composto da aziende italiane medio-grandi, il risultato di tutti questi fattori è che la pressione fiscale sui redditi d'impresa delle case farmaceutiche ha raggiunto livelli record, passando dal 51,45% del 2002 al 52,44% del 2003 al 74,12% del 2004. La Tabella 2 mostra nel dettaglio le componenti dell'aumento.¹⁵

Addirittura, nel caso l'Amministrazione Finanziaria non confermasse l'interpretazione dell'Assonime della norma sull'indeducibilità (si veda nota 11), il carico fiscale “risulterebbe aggravato del 7,3% per il 2003 e del 10,6% per il 2004, portando il totale del carico fiscale ed impositivo al 59,74% per il 2003 e all'84,72% per il 2004”.

E' chiaro che un ambiente normativo e fiscale tanto ostile non solo scoraggia gli investimenti nel settore, ma pure mette imprese che giocano un ruolo tanto fondamentale nella promozione della qualità della vita nelle condizioni di fuggire, o quanto meno adagiarsi sui prodotti esistenti senza cercarne di nuovi. Se a questo si aggiunge la debole difesa dei diritti di proprietà intellettuale tipica dell'ordinamento italiano (in questo settore, ancora indietro rispetto alle alternative giuridiche sviluppate nel resto d'Europa), quel che emerge è un quadro sconsolante per un Paese che, a causa delle tendenze demografiche in corso,¹⁶ è destinato a invecchiare e, dunque, a essere sempre più

¹⁴ La norma relativa all'indeducibilità è, peraltro, oscura e ambigua. Secondo l'interpretazione fornita dall'Assonime con circolare n.40 del 17 ottobre 2003 essa riguarda le iniziative svolte al di fuori dei contesti regolamentati dalla disciplina di settore. Se però questa interpretazione venisse rovesciata dall'Amministrazione Finanziaria, gli effetti della norma potrebbe estendersi virtualmente a ogni iniziativa promozionale e d'informazione scientifica.

¹⁵ KPMG (2004).

¹⁶ Le proiezioni dell'Onu prevedono che, entro il 2050, il 34% della popolazione italiana sarà composto da persone oltre i 65 anni di età.

¹³ Farmindustria (2004b).

dipendente da imprese che vengono sistematicamente colpite, emarginate e disincentivate.

La via maestra per uscire da questa sconsolante situazione – già grave nel presente, ma ancor più esplosiva nel futuro – passa per una riforma strutturale che veda lo Stato uscire progressivamente dalla gestione del SSN. Come osserva l'economista canadese Pierre Lemieux, “i sistemi di sanità pubblica trasferiscono i costi economici reali (e li nascondono) invece che ridurli. Come i mercati competitivi in generale, i sistemi *multi-payer* – con molti centri autonomi di spesa – sono più efficienti dei sistemi monopolistici, caratterizzati da un *single-payer* (un unico centro di spesa). I prezzi più bassi possibili, che siano coerenti con i costi di produzione reali, sono prezzi competitivi. I sistemi con un *single-payer* possono ottenere prezzi migliori, ma soltanto se nascondono i costi, o se producono meno rispetto alla quantità ottimale di sanità”.¹⁷

Tale riforma, però, necessita un mutamento radicale dell'impostazione usualmente adottata: e richiede, in primo luogo, un cambiamento profondo dell'opinione pubblica. Nel breve termine, tuttavia, è possibile adottare misure che, al tempo stesso e combinate tra loro, possano garantire l'obiettivo di rendere più appetibile per le imprese l'investimento in attività di ricerca e sviluppo nel nostro Paese senza, con questo, aggravare l'esborso dei contribuenti. In particolare occorre:

- ? Liberalizzare la distribuzione dei farmaci, abolendo l'Ordine dei Farmacisti, liberalizzando la professione e concedendo alle catene di distribuzione (*in primis* supermercati) in grado di garantire i necessari standard di qualità la possibilità di vendere farmaci;
- ? Abolire l'Iva sui farmaci (perlomeno su quelli di Fascia A);
- ? Abolire il tetto di spesa farmaceutica al 13% e, in ogni caso, ritirare l'obbligo per le case produttrici di coprire il 60% dello

sfondamento (ch'è responsabilità semmai del SSN, non certo di chi fornisce le medicine richieste);

- ? Garantire alle aziende una maggiore possibilità di informare direttamente i pazienti sull'esistenza di farmaci che potrebbero agevolmente essere somministrati senza la necessità di un ricovero ospedaliero. Un trattamento immediato e corretto può far risparmiare al SSN una gran quantità di fondi oggi impegnati nell'assistenza dei degenti.

Conclusioni.

La spesa farmaceutica è spesso oggetto di facili polemiche: si presenta come l'anello debole nell'ambito della spesa sanitaria, quello più tipicamente vittima di aggressioni mediatiche, proprio perché percepito come più imprenditoriale in un ambito che – per le sue caratteristiche intrinseche – si immagina svincolato da quella struttura di incentivi che tipicamente contraddistingue una società di mercato.

Tuttavia, se il nostro obiettivo di lungo periodo è il miglioramento delle condizioni dei pazienti, non è possibile ignorare la centralità della ricerca nello sviluppo di nuovi e migliori trattamenti farmacologici.

L'individuazione di medicinali innovativi è essenziale per garantire condizioni di vita migliori alla nostra società – come è stato in passato.

Pertanto, l'attenzione del legislatore dovrebbe focalizzarsi sul creare condizioni più ospitali per la ricerca, pena il possibile declino, in Italia, di un settore produttivo che, oltretutto, crea ricchezza e dà lavoro a oltre 84.000 persone. Il suo impoverimento a causa di una tassazione predatoria, giustificata soltanto dalla miopia del ceto politico, va contrastato in tutti i modi.

Tanto più che riforme volte ad incentivare le imprese a fare ricerca in Italia non necessariamente avrebbero come risultato un aumento della spesa farmaceutica pubblica: abolendo l'Iva, liberalizzando la distribuzione, sarebbe possibile unire un risparmio per l'utente finale, ad un salutare

¹⁷ Lemieux (2004): 4.

riequilibrio di una struttura di incentivi oggi nettamente sfavorevole a chi investe sull'innovazione.

Bibliografia

AGEING SOCIETY (2004). "Sintesi della proposta per il contenimento della spesa farmaceutica". <http://www.ageingsociety.com/studio250904/sintesi2509.pdf>

BUCHANAN, James (1998). *I limiti della libertà*. Milano: Rusconi.

CERGAS (2004). "Rapporto semestrale per il 2004". Report n.14.

DISNEY, Helen (a cura di) (2004). *Impatient for Change*. Londra: The Stockholm Network.

FARMINDUSTRIA (2004a). "Fatti e Cifre 2004". http://www.farmindustria.it/farmindustria/html/fatti_cifre.asp?menu2expand=eITwo

FARMINDUSTRIA (2004b). "Gli indicatori farmaceutici 2004". http://www.farmindustria.it/farmindustria/html/indicatori_farmace_2004.asp?menu2expand=eITwo

KPMG (2004). "Settore farmaceutico in Italia". Luglio.

LEMIEUX, Pierre (2004). "La sanità socializzata". *IBL Occasional Paper*, ottobre. http://brunoleoni.servingfreedom.net/OP/9_Lemieux.pdf.

MINGARDI, Alberto (2004). "Non sono i farmaci a far saltare i conti". *Il Riformista*, 29 settembre, <http://www.brunoleoni.it/nextpage.aspx?codice=000000263>.

PAMMOLLI, Fabio e SALERNO, Nicola C. (2004). "Il mercato dei farmaci in Italia: l'illusione di riformare senza riforme", *Nota CERM* n.8. <http://www.cermlab.it/public/NotaCERM8-04.pdf>

REGGIO, Mario (2003). "Sirchia: Subito nuove regole per garantire la trasparenza", *La Repubblica*, 7 gennaio. http://www.repubblica.it/online/scienza_e_tecnologia/publifarma/sirchia/sirchia.html.

STAGNARO, Carlo (2004). "Knowledge is Health". *TechCentralStation*, 18 ottobre, <http://www.techcentralstation.be/101804A.html>.

WOLD-OLSEN, Per (2004). "Ignorance Can Kill", *The Wall Street Journal*. 30 agosto.

L'ISTITUTO BRUNO LEONI, intitolato al grande filosofo del diritto Bruno Leoni (1913-1967), nasce con l'ambizione di stimolare il dibattito pubblico, in Italia, esprimendo in modo puntuale e rigoroso un punto di vista autenticamente liberale. L'IBL intende studiare, promuovere e divulgare gli ideali della libera iniziativa, della proprietà privata e della libertà di scambio. Per maggiori informazioni sull'IBL, è possibile consultare il sito internet www.brunoleoni.it.