

INCONTRO DEI GIC NEOPLASIE CUTANEE

Torino, 21 novembre 2011

Impatto economico e sociale delle nuove terapie

Luca Degli Esposti, Econ D, PhD

CliCon S.r.l. Health, Economics & Outcomes Research

La composizione della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera per fascia di rimborsabilità, anno 2010

Il farmaco indicatore dei cambiamenti di processo in sanità

	Spesa (ml)	%	% cum
Fascia A	14.063	59,4%	59,4%
Fascia H	4.350	18,4%	77,8%
Fascia C	5.239	22,2%	100,0%
Totale	23.652	100,0%	

L'andamento della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera, dall'anno 1995 all'anno 2010

Anno	Territoriale	Ospedaliera
1995	6.087	
1996	6.638	
1997	7.321	
1998	8.113	
1999	8.760	
2000	10.041	
2001	12.154	
2002	12.644	
2003	12.354	
2004	13.492	
2005	13.408	3.226
2006	12.327	3.496
2007	11.493	3.501
2008	11.385	3.670
2009	11.193	4.160
2010	12.088	4.350

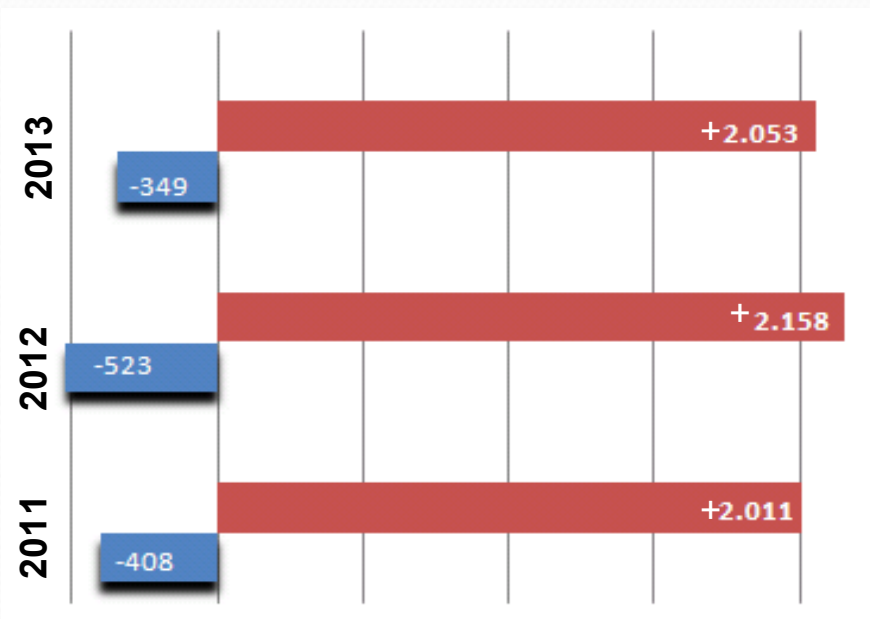
L'analisi storica della spesa-H che indica un processo rilevante di cambiamento dei percorsi assistenziali, degli assetti organizzativi e della pianificazione sanitaria

Lo sforamento della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera, anno 2010

Spesa Farmaceutica 2010		
	Territoriale	Ospedaliera
Spesa convenzionata	11.861	
Distribuzione Diretta Fascia A	2.309	
TOTALE	14.063	4.350
Tetto 2010	13.965	2.520
% su FSN 2009	13,3%	4,1%
Scostamento	+ 98	+ 1.830

Trend della spesa farmaceutica 2011-2013

ANNO	DISAVANZO (Mio €)		
	A	H	TOTALE
2011	-408	2.011	1.603
2012	-523	2.158	1.635
2013	-349	2.053	1.704



La spesa farmaceutica ospedaliera per categoria terapeutica, anno 2010

N	Categoria terapeutica	Totale (milioni di €)	%	%cum
1	Oncologici	1.271	23,9	-
2	Immunosoppressori	683.3	9,3	33,2
3	Antivirali	576.5	8,5	41,7
4	Immunostimolanti	515.8	8,3	50,0
5	Fattori di crescita	392.8	8,1	58,1
6	Antibiotici	280.7	5,3	63,4
7	Emofilia	257.9	3,7	67,1
8	Vaccini	251.2	3,1	70,2
9	Antipsicotici	225.2	2,4	72,6
10	Immunoglobuline	111.9	2,2	74,8
11	Altri			

Gli indirizzi del Piano Sanitario Nazionale per l'uso appropriato degli interventi assistenziali e dei farmaci

“... il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza degli interventi, in base al quale le risorse devono essere indirizzate verso le prestazioni la cui efficacia è riconosciuta in base alle evidenze scientifiche e verso i soggetti che maggiormente ne possono trarre beneficio”.

Principio dell'efficacia

Principio di efficienza

Fonte: Piano Sanitario Nazionale

Impatto economico e sociale delle nuove terapie

Torino, 5 dicembre 2011

La definizione di valutazione farmacoeconomica tra risorse finite, impieghi alternativi e criterio di scelta

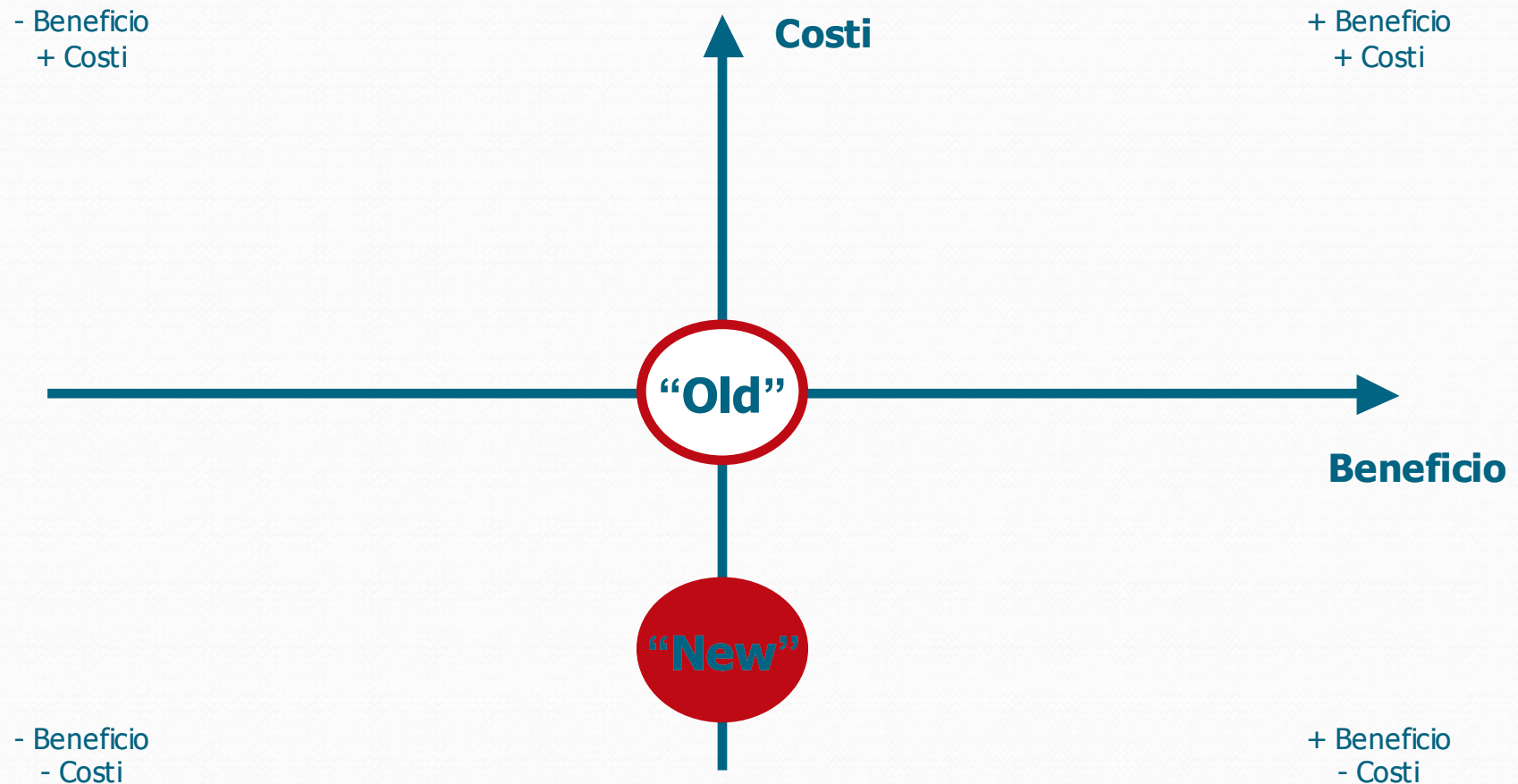
In regime di limitatezza delle risorse a disposizione, la farmacoeconomia si pone come criterio di scelta tra soluzioni alternative che concorrono allo stesso ammontare di risorse.



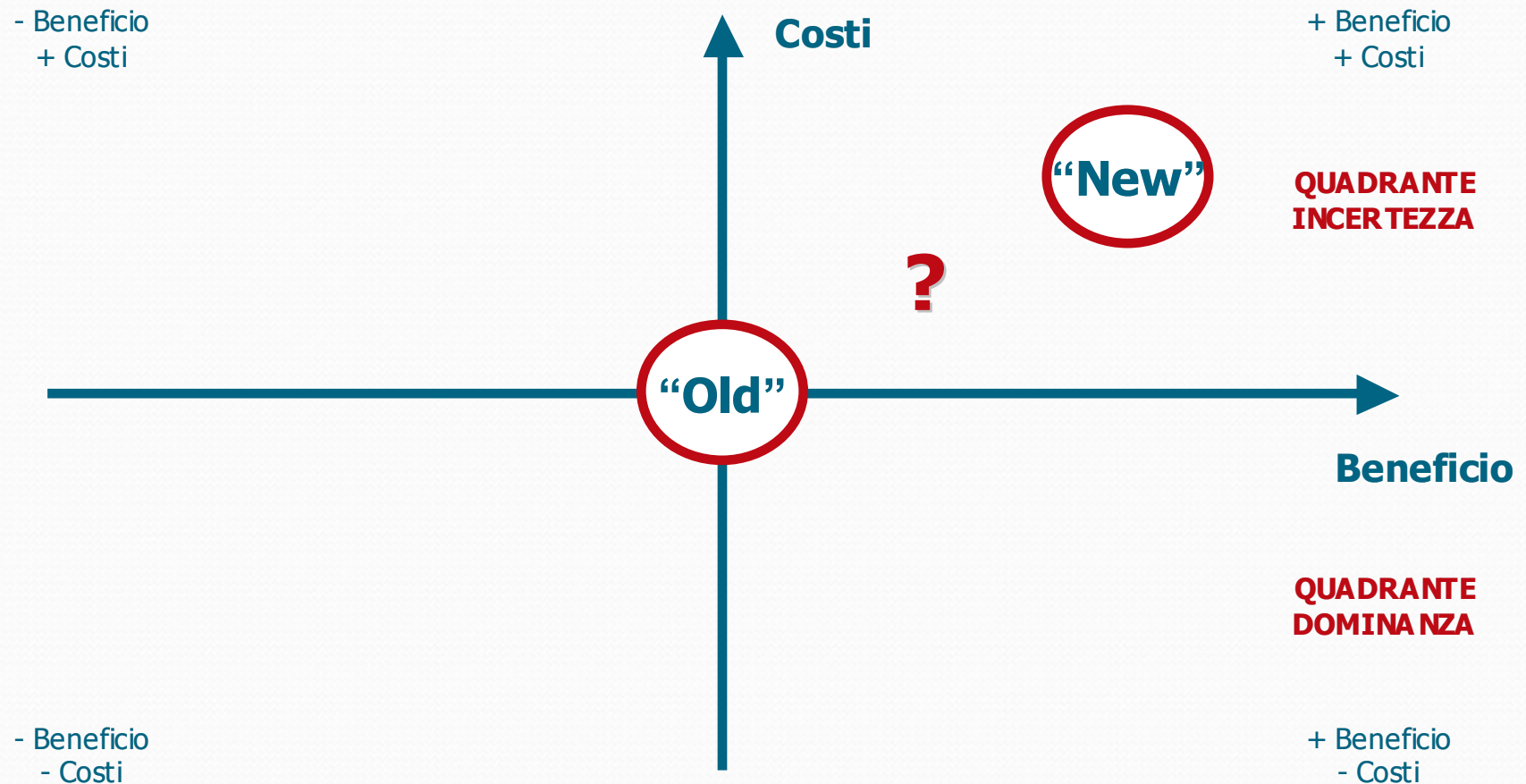
La farmacoeconomia è lo studio dell'efficienza in ambito farmacologico ed attiene alla misurazione e valutazione dei costi e dei benefici.

Modificato da: Drummond MF et al. Metodi per la valutazione economica dei programmi sanitari. Il Pensiero Scientifico Editore. Roma, 2000.

Le situazioni di “dominanza”: benefici superiori e costi inferiori



Le situazioni di “incertezza”: benefici superiori e costi superiori



Qual è il contributo della farmacoeconomia nelle situazioni di “incertezza”? (I ambito di applicazione)

La gerarchia dei parametri per la scelta di un farmaco rispetto alle alternative disponibili



Il rapporto costo beneficio incrementale nelle valutazioni farmaco-economiche

	Costo del trattamento (Euro)	Efficacia del trattamento (attesa di vita)	Utilità del trattamento (qualità di vita)	Utilità del trattamento (QALY)	Beneficio del trattamento (Euro)
Alternativa "Old"	2.000	1,5	0,20	0,3	400
Alternativa "New"	20.000	4,5	0,80	3,6	4.000

$$\text{ICER} = \frac{C^{\text{"New"}} - C^{\text{"Old"}}}{B^{\text{"New"}} - B^{\text{"Old"}}} = \frac{(20.000 - 2.000)}{(3,6 - 0,3)} = \text{€ } 5,455 \text{ per QALY guadagnato}$$

Il rapporto costo beneficio incrementale e le soglie di accettabilità (del costo rispetto al beneficio)

$$\text{ICER} = \frac{C \text{ "New"} - C \text{ "Old"}}{B \text{ "New"} - B \text{ "Old"}} = \frac{(20.000 - 2.000)}{(3,6 - 0,3)} = \text{€ 5,455 per QALY guadagnato}$$

	Costo-efficacia elevata (<i>accettabile</i>)	Costo-efficacia intermedia (<i>da valutare</i>)	Costo-efficacia bassa (<i>non accettabile</i>)
NICE	<30,000 £	30,000-60,000 £	>60,000 £
OMS	<1 xPIL procapite	1-3 xPIL procapite	> 3 xPIL procapite

Il criterio decisionale nel rapporto tra il costo incrementale ed il beneficio incrementale

$$\text{ICER} = \frac{C \text{ "New"} - C \text{ "Old"}}{B \text{ "New"} - B \text{ "Old"}} = \frac{(20.000 - 2.000)}{(3,6 - 0,3)} = \text{€ } 5,455 \text{ per QALY guadagnato}$$

$$= \frac{(18.000 - 2.000)}{(3,6 - 0,3)} = \text{€ } 4,848 \text{ per QALY guadagnato}$$

Qual è il contributo della farmacoeconomia nelle decisioni di investimento? (II ambito di applicazione)

Il rapporto costo beneficio incrementale come criterio nelle decisioni di investimento

	Incremento di costo per paziente ΔC Euro	Incremento di QALY per paziente ΔQ QALY	Rapporto costo- utilità incrementale $\Delta C/\Delta Q$ Euro
	1	2	1/2
Area terapeutica A ("Old" → "New")	8.600	1,7	5.100
Area terapeutica B ("Old" → "New")	22,6	0,0010	22.600
Area terapeutica C ("Old" → "New")	17.900	0,58	30.900
Area terapeutica D ("Old" → "New")	57.000	1,12	59.300
Area terapeutica E ("Old" → "New")	60,55	0,0003	220.000

L'allocazione della "possibilità di spesa" secondo un criterio di valutazione farmacoeconomico (1/2)

	Incremento di costo per paziente ΔC Euro	Incremento di QALY per paziente ΔQ QALY	Rapporto costo-utilità incrementale $\Delta C/\Delta Q$ Euro	Copertura del intervento n. pazienti	Incremento annuale del costo totale Euro
	1	2	1/2	3	1x3
Area terapeutica A ("Old" → "New")	8.600	1,7	5.100	200	1.720.000
Area terapeutica B ("Old" → "New")	22,6	0,0010	22.600	30.000	678.000
Area terapeutica C ("Old" → "New")	17.900	0,58	30.900	100	1.790.000
Area terapeutica D ("Old" → "New")	57.000	1,12	59.300	50	2.850.000
Area terapeutica E ("Old" → "New")	60,55	0,0003	220.000	70.000	4.238.500

L'allocazione della "possibilità di spesa" secondo un criterio di valutazione farmacoeconomico (2/2)

	Incremento di costo per paziente ΔC Euro	Incremento di QALY per paziente ΔQ QALY	Rapporto costo-utilità incrementale $\Delta C/\Delta Q$ Euro	Copertura del intervento n. pazienti	Incremento annuale del costo totale Euro
	1	2	1/2	3	1x3
Area terapeutica A ("Old" → "New")	8.600	1,7	5.100	200	1.720.000
Area terapeutica B ("Old" → "New")	22,6	0,0010	22.600	30.000	678.000
Area terapeutica C ("Old" → "New")	17.900	0,58	30.900	100	1.790.000
Area terapeutica D ("Old" → "New")	57.000	0,0002	285.000	50	2.850.000
Area terapeutica E ("Old" → "New")	60,55	0,0003	220.000	70.000	4.238.500

**Possibilità di spesa
€ 2.400.000**

Gli ambiti di applicazione della farmacoeconomia ed i ruoli chiamati a prenderne atto

La farmacoeconomia è uno strumento ad uso del “regolatore” (e non del medico) per supportare il processo decisionale in condizioni di incertezza e disponibilità finita di risorse.



La farmacoeconomia presuppone l'applicazione del principio di uguaglianza, di efficienza e di equità (in condizioni di risorse limitate).

INCONTRO DEI GIC NEOPLASIE CUTANEE

Torino, 21 novembre 2011

Impatto economico e sociale delle nuove terapie

Luca Degli Esposti, Econ D, PhD

CliCon S.r.l. Health, Economics & Outcomes Research