

CERM
competitività regole mercati

Antonio Nicita

WP CERM 05-2004

IL PENDOLO DELLE RIFORME NEI SISTEMI SANITARI EUROPEI



edizioni fondazione cerm

Published by **Fondazione Cerm**

www.cermlab.it

ISBN 978-88-3289-009-9

INDICE**Introduzione**

1. La distorsione degli incentivi nei sistemi sanitari	4
2. L'introduzione di riforme pro concorrenziali	6
3. Alcuni limiti della teoria dei "quasi mercati"	10
4. Le riforme pro-concorrenziali in Europa	13
<i> riforme pro-concorrenziali strutturali</i>	<i>14</i>
<i> riforme pro-concorrenziali sussurreate</i>	<i>17</i>
<i> riforme pro-concorrenziali immaginate</i>	<i>19</i>
5. Uno sguardo d'insieme	21

Introduzione

Gli anni Novanta sono stati caratterizzati da un vivace processo di riforma dei sistemi sanitari europei. Sebbene ogni sistema sanitario nazionale costituisca un caso a sé dal punto di vista della *governance* della domanda e dell'offerta di prestazioni sanitarie, l'avvio di un processo di riforma dei sistemi sanitari, all'inizio degli anni Novanta, rappresenta un elemento comune a gran parte dei paesi UE (OCSE, 1995a, 1996).

Una caratteristica comune all'ondata di riforme realizzate o annunciate in Europa negli anni Novanta è il tentativo di trasformare lo Stato da *erogatore diretto* a controllore e ad acquirente di prestazioni per conto dei propri assistiti, riservando l'erogazione diretta di prestazioni a strutture sanitarie terze (pubbliche e private) dotate di autonomia amministrativa e decisionale. La *separazione verticale* tra la funzione di erogazione e quella di acquisto di prestazioni sanitarie (solitamente rimborsabili nell'ambito del servizio sanitario nazionale) è stata in generale ritenuta la condizione in grado di spingere verso il contenimento della spesa sanitaria pubblica, attraverso il confronto concorrenziale tra strutture erogatrici che ne sarebbe seguito (OCSE, 1995b). Gli obiettivi delle riforme pro-concorrenziali possono così essere sintetizzati:

- (i) allocazione efficiente delle risorse impiegate per la tutela della salute;
- (ii) controllo della spesa sanitaria pubblica;
- (iii) libertà di scelta degli assistiti;
- (iv) accesso universale a prestazioni essenziali.

L'introduzione di meccanismi di confronto concorrenziale dal lato dell'offerta, tra strutture erogatrici alternative, costituisce lo strumento privilegiato di intervento nell'attuazione di riforme pro-concorrenziali. L'ondata di riforme pro-concorrenziali nei sistemi sanitari è stata avviata dal modello inglese della *managed competition* o dei "quasi mercati", in parte mutuato dagli Usa. Questo modello è stato riproposto, con adattamenti spesso innovativi, in molti Paesi europei e ha generato una molteplicità di soluzioni locali variamente denominate da taluni come *planned market*, *mixed market*, *public competition* e così via (Saltman e Van Otter, 1995). Questo lavoro si propone di verificare lo stato di attuazione delle riforme pro-

* Alcuni dei dati qui riportati sono ripresi dal paragrafo 2.4 e dall'appendice A.2.3 del *Rapporto annuale sullo stato sociale*, Inpdap (2003) cui l'autore ha parzialmente contribuito. Si ringrazia Maurizio Franzini per gli utili commenti ricevuti.

concorrenziali avviate o annunciate in alcuni Paesi europei, a partire dalla riforma inglese, e le ragioni economiche e di *policy* che hanno generato inversioni di tendenza, adattamenti e innovazioni locali rispetto al principale modello di riferimento. La scarsità di indagini empiriche disponibili sui risultati dell'attuazione delle riforme non permette alcuna valutazione conclusiva. Tuttavia dalle riforme avviate e dalle difficoltà che esse hanno incontrato è possibile derivare alcuni insegnamenti che possono essere di aiuto sia nel disegno, che nella concreta attuazione delle riforme pro-concorrenziali effettivamente realizzabili.

Nei paragrafi che seguono, dopo aver brevemente richiamato le principali distorsioni degli incentivi che caratterizzano i sistemi sanitari, si illustreranno i fondamenti teorici dei quasi-mercati e i limiti di tali teorie. Successivamente, un confronto tra le principali esperienze europee di riforme pro-concorrenziali (alcune strutturali, altre sussurrate, altre solo immaginate) permetterà di verificare alcune tendenze di fondo e di individuare possibili “lezioni” circa l'effettiva implementazione di tali riforme.

1. La distorsione degli incentivi nei sistemi sanitari

Le riforme pro-concorrenziali nell'erogazione di prestazioni sanitarie non nascono, perlomeno in Europa, con lo scopo di delegare *tout court* al mercato la domanda e l'offerta di prestazioni sanitarie, né tanto meno dall'idea di affidare *in toto* tale attività a soggetti privati. Alla base delle prime proposte teoriche (Enthoven, 1985) vi è infatti la consapevolezza che: (i) i sistemi sanitari hanno caratteristiche tali da renderli poco idonei ad essere organizzati come mercati concorrenziali (Arrow, 1963); (ii) la libera iniziativa privata, svolta in conto proprio o del servizio sanitario nazionale, deve essere comunque soggetta a rigidi controlli *ex-ante* ed *ex-post*; (iii) l'intervento pubblico costituisce una condizione imprescindibile per l'erogazione efficace di prestazioni sanitarie; (iv) a modalità alternative di *governance* del sistema sanitario corrispondono specifici costi di transazione, a parità di efficacia sanitaria.

Le potenziali inefficienze nell'erogazione di prestazioni sanitarie¹ vengono individuate nel rapporto medico-assistito, nel rapporto tra assistito e struttura ospedaliera e nel rapporto tra soggetto pagante e struttura ospedaliera.

Nel *rapporto di agenzia*² che si instaura tra medico e paziente (Evans, 1984; Culyer, 1989), la particolare natura dell'asimmetria informativa comporta che in assenza di opportuni

¹ L'analisi qui condotta si concentra sugli aspetti che regolano l'erogazione di prestazioni sanitarie. Vengono dunque tralasciati aspetti connessi al finanziamento delle stesse.

meccanismi incentivanti, tanto dal lato del paziente, quanto dal lato del medico, il rapporto medico-paziente possa alimentare comportamenti opportunistici in via crescente, attraverso l'operare congiunto dei meccanismi di selezione avversa dei medici da parte dei pazienti (opportunismo pre-contrattuale) e di azzardo morale del medico nei confronti dei pazienti (opportunismo post-contrattuale). Accanto al disincentivo a selezionare il livello ottimale di impegno si generano incentivi perversi a porre maggior enfasi sulle sole azioni verificabili dai pazienti (come i ricoveri o la prescrizione di analisi diagnostiche e di farmaci) o dal sistema sanitario (numero di assistiti). Il risultato di questa distorsione di incentivi si sostanzia in quella che tradizionalmente viene individuata come legge dell'offerta o *effetto induzione* per il quale la domanda di servizi sanitari da parte degli assistiti è indotta dall'offerta degli stessi³. Dal momento che il medico (professionista o di base) canalizza la domanda di prestazioni sanitarie dei propri assistiti, egli rappresenta un elemento propulsivo fondamentale della domanda di prestazioni sanitarie e può mantenere forti incentivi a generare una domanda eccessiva di prestazioni e di farmaci rispetto a quella riconducibile agli specifici bisogni dell'assistito. Peraltro, questi incentivi sono tanto più forti quanto minore è la compartecipazione finanziaria dell'assistito alla spesa sanitaria indotta. 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.

La distorsione degli incentivi del medico non produce effetti soltanto limitatamente al rapporto tra medico e paziente, ma finisce per estendersi all'intero percorso terapeutico del paziente, con effetti "a cascata" di notevole entità non soltanto rispetto all'appropriatezza delle cure, ma soprattutto con riferimento alla spesa pubblica indotta.

² Si ricorda che la selezione avversa agisce quando, nella fase pre-contrattuale, un contraente dispone - rispetto alla controparte - di informazioni private rispetto alle proprie caratteristiche. La selezione avversa dei medici da parte dei pazienti deriva dalla circostanza che i distinti processi valutativi del paziente non sono indipendenti (essi stessi) dalle preferenze del paziente. Infatti, i pazienti le cui preferenze, in termini di prestazioni sanitarie, sono caratterizzate da una forte domanda ex-ante (nel particolare senso che per essi la percezione di una forma di malessere deve necessariamente risolversi nell'accertamento di una diagnosi e, conseguentemente, nella prescrizione di una terapia) sono indotti a verificare l'azione del medico proprio con riferimento alle cure prestate ed ai farmaci prescritti. E dunque i pazienti sono indotti a selezionare, tra la popolazione potenziale di medici, coloro che si caratterizzano per la capacità che hanno di soddisfare date preferenze. Si ha invece azzardo morale quando, una volta stipulato un contratto di agenzia, data l'incapacità del principale di valutare l'azione e/o le caratteristiche dell'agente, quest'ultimo si trova nella condizione di perseguire i propri interessi a spesa della controparte. Nel caso del rapporto medico-paziente, il medico è il soggetto informato che può utilizzare in senso strategico l'informazione di cui dispone al fine di soddisfare date preferenze o aspettative dei pazienti, e selezionarsi egli stesso come "un buon medico". Per una rassegna dei problemi di selezione avversa e azzardo morale in sanità si rinvia, tra gli altri, a Clerico (1997), Bariletti e France (1997) e Reviglio (1999).

³ La copertura del rischio monetario da parte di un terzo pagatore, seppure introdotta a fini di equità, determina tuttavia il venire meno di un fattore diretto di controllo della domanda di prestazioni, nel senso che gli attori coinvolti, tanto dal lato della domanda quanto dal lato dell'offerta, nel momento in cui non sono chiamati a contribuire alla spesa pubblica indotta dalla propria domanda, sono incentivati a non limitare la quantità domandata.

La struttura erogatrice di prestazioni ospedaliere opera anch'essa in un rapporto di agenzia con il soggetto preposto al pagamento della prestazione erogata. Il soggetto pagante infatti delega la struttura ospedaliera a tutelare la salute degli assistiti ammessi al rimborso totale o parziale delle prestazioni erogate. Nei sistemi sanitari del tipo *command and control* il soggetto terzo pagante (generalmente lo Stato attraverso il servizio sanitario nazionale finanziato dalla fiscalità generale) opera tradizionalmente un rimborso *a piè di lista*, grazie al quale ciascuna struttura viene rimborsata sulla base delle spese complessivamente effettuate. Tale sistema genera incentivi all'incremento della spesa, secondo "il meccanismo della ruota dentata" (*ratchet effect*) per il quale un dato livello di spesa per l'anno corrente genera un corrispondente livello dei trasferimenti finanziari all'ente erogatore di servizi nell'anno successivo, mentre la realizzazione di risparmi e di efficienza nei costi correnti comporta una riduzione prospettica dei trasferimenti.

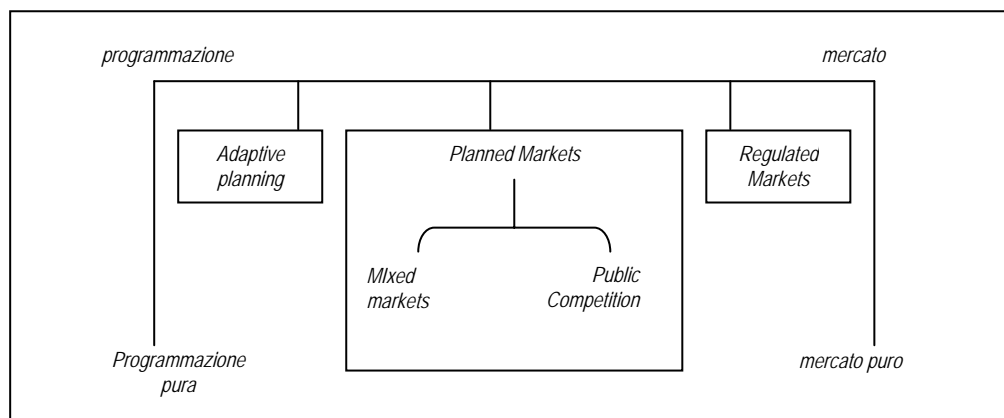
Ne deriva, anche in questo caso, che, in assenza di opportuni incentivi, la struttura ospedaliera è indotta ad offrire un eccesso di prestazioni, rispetto a quelle imputabili all'effettivo fabbisogno degli assistiti, assecondando un circolo vizioso, per il quale l'offerta induce una domanda in eccesso che si traduce poi in un eccesso di offerta.

2. L'introduzione di riforme pro-concorrenziali

L'introduzione di meccanismi pro-concorrenziali nell'erogazione di prestazioni sanitarie ha rappresentato il principale strumento di regolazione dal lato dell'offerta cui si sono esplicitamente richiamati gran parte dei Paesi europei nel corso degli anni Novanta. Questa forma di concorrenza, denominata anche "quasi-mercato", "mercato interno" e "*managed competition*", comporta che le strutture ospedaliere siano poste ad operare in regime di concorrenza (tra pubblico e privato ma anche tra strutture pubbliche) per l'acquisizione di un maggior numero di prestazioni e/o per il mantenimento dei livelli di prestazione passati. L'idea di fondo è data dalla circostanza che il controllo dell'offerta di prestazioni sanitarie può realizzarsi non soltanto attraverso il contenimento della spesa *tout court*, ma anche grazie all'introduzione di opportuni meccanismi incentivanti in capo ai soggetti erogatori di prestazioni sanitarie, quali i medici e le strutture ospedaliere, accompagnati da meccanismi di confronto concorrenziale per l'aggiudicazione delle forniture di prestazioni e servizi sanitari. In tale ottica, la concorrenza tra strutture erogatrici, se da un lato comporta la duplicazione di tutta una serie di costi, specie di natura amministrativa, dall'altro può consentire di introdurre nei sistemi sanitari incentivi volti al miglioramento degli standard qualitativi e

all'abbattimento dei costi. In questo quadro, la libera scelta del fornitore/erogatore diventa lo strumento privilegiato di riduzione dei costi totali e di selezione degli incentivi ottimali alla domanda e all'offerta di prestazioni.

Grafico 1



Fonte: Saltman e Van Otter (1995)

L'introduzione di un confronto concorrenziale tra erogatori ha registrato formulazioni e adattamenti alquanto diversi nei vari Paesi che lo hanno adottato⁴. Nel grafico 1, ai due estremi opposti (*programmazione pura* e *mercato puro*) corrispondono due schemi idealtipici, difficilmente riscontrabili nei diversi sistemi sanitari, sebbene sia possibile, con una certa forzatura (Saltman e Van Otter, 1995), individuare nei tradizionali sistemi europei di *command and control* modelli più vicini all'ideal-tipo della *programmazione pura* e nel sistema sanitario statunitense modelli più vicini a quello del *mercato puro*.

Man mano che ci si allontana da questi modelli idealizzati si possono generare *forme ibride* di organizzazione dell'offerta sanitaria caratterizzate da una sintesi originale di meccanismi gerarchici di controllo e di concorrenza tra strutture erogatrici.

Seguendo la sistematizzazione di Saltman e Van Otter (1995), è possibile individuare i modelli di *adaptive planning*, *planned markets*, *mixed markets*, *public competition* e *regulated markets*, partendo dal modello della programmazione pura e spostandosi man mano verso forme più avanzate di decentralizzazione della programmazione e di assetti concorrenziali dal lato dell'offerta.

Il modello di *adaptive planning* consente forme di adattamento flessibile (e in particolare una maggiore decentralizzazione su base locale/regionale della programmazione sanitaria) in funzione dei vincoli di spesa e/o di specifiche priorità di tutela della salute individuabili di

⁴ Si vedano, tra gli altri, Saltman e Van Otter (1995), Saltman e Figueras (1997), Cabiedes e Guillen (1999).

volta in volta. In tale modello l'offerta, l'acquisto e il pagamento di prestazioni sanitarie continuano ad essere integrate in un'unica struttura pubblica di controllo.

Il modello dei *planned markets* può includere invece forme di privatizzazione dell'erogazione sanitaria. In questo modello il ruolo dello Stato si trasferisce dalla erogazione diretta e verticalmente integrata di prestazioni sanitarie alla erogazione indiretta, nella quale rimane il controllo pubblico della qualità e dei volumi di prestazioni sanitarie erogate. Le principali caratteristiche comuni alle varie forme individuabili di *planned markets* sono le seguenti:

- (a) la separazione gestionale o proprietaria tra domanda (acquisto/pagamento) e offerta (erogazione) e la connessa sottoscrizione di contratti di fornitura tramite la concorrenza tra strutture erogatrici per definiti volumi di prestazioni;
- (b) il principio di libera scelta da parte di assistiti e/o del soggetto terzo pagante, secondo il principio “*money follow patients*”;
- (c) la determinazione di tariffe per gruppi omogenei di prestazioni;
- (d) la definizione di standard qualitativi per la selezione delle strutture ammesse alla fornitura di prestazioni rimborsabili dal servizio sanitario nazionale (accreditamento);
- (f) la determinazione di meccanismi di “abbattimento” delle tariffe in caso di superamento dei volumi concordati;
- (g) la determinazione di *budget* figurati e percorsi diagnostici-terapeutici tanto per i medici di base che per le strutture ospedaliere.

All'interno dei *planned markets* vengono poi distinti altri due modelli, quello dei *mixed markets* e quello della *public competition*. Nel primo caso (*mixed markets*), le scelte di selezione e acquisto delle prestazioni vengono effettuate da soggetti pubblici nell'ambito di strutture erogatrici concorrenti sia pubbliche che private. Nel secondo caso (*public competition*), la scelta del soggetto erogatore viene effettuata direttamente dai pazienti e si rivolge a strutture pubbliche in concorrenza tra di loro.

Le caratteristiche sopra richiamate delle riforme pro-concorrenziali poggiano sulla finalità di riallineare in via ottimale gli incentivi di medici, pazienti, strutture ospedaliere e soggetto pagante in modo tale da ricondurre la fruizione di prestazione al livello effettivo di bisogno, permettendo, attraverso il confronto concorrenziale, tanto un abbattimento dei costi totali, quanto un'allocazione efficiente delle risorse (Dawson, 2001).

In tale quadro, il sistema di finanziamento basato sul meccanismo di remunerazione delle prestazioni, secondo tariffe commisurate al relativo costo di produzione, comporterebbe nuove responsabilità programmatiche e nuove forme di controllo. In particolare, il sistema dei DRG (*Diagnostic related groups*) individuerebbe raggruppamenti di diagnosi omogenei (*Rod*)

dal punto di vista delle risorse economiche necessarie alla loro erogazione, ad ognuno dei quali è associata una tariffa. Con l'attuazione di un sistema di tariffe gli erogatori sarebbero dunque incentivati a ridurre i costi di erogazione e a razionalizzare i costi organizzativi, in ragione del fatto che ogni risparmio ottenuto rispetto alla tariffa prefissata rappresenterebbe un guadagno netto. Il sistema del pagamento a prestazione comporta che, a differenza di quanto avviene con il rimborso a piè di lista, ciascun soggetto erogatore possa trattenere i vantaggi di costo realizzati rispetto alla tariffa, sebbene possono persistere incentivi distorti alla qualificazione delle prestazioni erogate sulla base delle tariffe ad esse associate ed una riduzione dei giorni di degenza. Al fine di limitare il rischio opportunistico di qualificazioni distorte delle prestazioni effettivamente erogate, nella maggior parte dei casi, l'introduzione delle tariffe è associata alla determinazione di un budget complessivo. Questo budget può essere riferito alla totalità delle prestazioni effettuate da un soggetto erogatore, il quale può dunque decidere la migliore allocazione delle risorse di cui dispone sulla base delle tariffe delle prestazioni, selezionando quelle erogabili a minor costo, oppure può essere riferito alla singola prestazione ed è derivato dalle aspettative circa l'effettivo fabbisogno di quella prestazione in una determinata area, considerando l'offerta complessiva che si potrà determinare da parte di ciascun soggetto erogatore che insiste nella medesima area.

Al fine di incentivare il rispetto del vincolo di bilancio così determinato, vengono spesso previsti dei meccanismi di abbattimento delle tariffe in una determinata percentuale a seconda della dimensione dello sfioramento del tetto. Se nel breve periodo tali meccanismi di abbattimento possono danneggiare proprio le strutture più efficienti, quelle capaci cioè di erogare un maggior numero di prestazioni ad un costo unitario inferiore, nel medio periodo tale sistema consentirebbe alle strutture sanitarie più efficienti di sopravvivere alla selezione delle tariffe e a quelle meno efficienti di specializzarsi nell'erogazione di altre prestazioni erogabili a minor costo.

Per quanto riguarda infine l'introduzione di meccanismi incentivanti per il medico di base, nel caso di attribuzione al medico di un budget "figurato" corrispondente alla quota capitolaria, il medico di base agirebbe come punto di ingresso del sistema e come "compratore" di prestazioni per conto del proprio assistito. Le strutture sanitarie, i singoli specialisti e ogni altro presidio vedrebbero nel medico di base il proprio cliente, il quale verrebbe "premiato" nei casi in cui riuscisse ad intermediare la domanda dei propri assistiti senza superare il predeterminato vincolo di offerta, e "sanzionato" nei casi di eccesso di domanda. In tale contesto, l'introduzione di percorsi diagnostico-terapeutici agirebbe in senso positivo, tanto con riferimento alla riduzione degli incentivi all'opportunismo del medico, quanto con

riferimento al risparmio della spesa pubblica indotta. In ogni caso, va rilevato che a fronte di una possibile riduzione degli incentivi all'adozione di comportamenti opportunistici da parte dei medici, una eccessiva riduzione della scelta discrezionale del medico può compromettere l'efficacia delle prestazioni erogabili. Inoltre, l'introduzione di un budget di riferimento potrebbe indurre il medico a razionare il ricorso alle prestazioni sanitarie proprio in quei casi in cui è particolarmente necessario in funzione della spesa effettuata complessivamente dal medico fino a quel momento e della spesa associata alla prestazione da razionare.

Negli ultimi dieci anni si è assistito in Europa all'attuazione di riforme nei sistemi sanitari, le quali risultano caratterizzate – come si illustrerà nei prossimi paragrafi - dal tentativo di creare forme ibride di concorrenza tra operatori privati e gestione pubblica, assecondando un “pendolo” delle riforme che oscilla tra modelli caratterizzati da maggior o minor grado di decentralizzazione e concorrenzialità. Molti di questi processi sono tuttora in evoluzione, spesso invertendo linee di tendenza, ancor prima di valutare compiutamente gli effetti conseguenti all'attuazione delle riforme poste in essere dai precedenti governi.

3. Alcuni limiti della teoria dei “quasi mercati”

Al modello dei “quasi mercati” sanitari sono state mosse critiche basate sulla teoria dei costi di transazione (Williamson, 1986) e sulla nuova scuola dei diritti proprietari (Hart, 1995). La principale critica (Bartlett, 1991; Belli, 1997) riguarda l'eccesso di enfasi posta dalla teoria dei quasi mercati sui costi di monitoraggio nei sistemi di *command and control* senza tenere in adeguato conto le economie, in termini di risparmio dei costi di transazione, permesse dall'integrazione di domanda e offerta in un unico sistema di *governance* delle prestazioni sanitarie. Come è noto, una delle principali conclusioni teoriche della *New Institutional Economics*, che trae origine dai lavori di Coase (1937, 1960, 1988) e di Williamson (1986), consiste nel mostrare come l'integrazione verticale (di natura proprietaria o per il tramite di contratti di lungo periodo) di transazioni caratterizzate da elevata incertezza, specificità degli investimenti o razionalità limitata possa ridurre i costi organizzativi totali e permettere il conseguimento di livelli di benessere superiori a quelli ottenibili attraverso transazioni di mercato tra soggetti autonomi. L'integrazione verticale, trasformando relazioni autonome di mercato in relazioni gerarchiche o di autorità, riduce gli spazi potenziali di libertà contrattuale e le potenziali fonti di opportunismo connesse alla rinegoziazione dei termini contrattuali. Naturalmente, in presenza di asimmetria informativa o di incompletezza contrattuale, l'integrazione verticale non elimina ogni fonte potenziale di inefficienza, ma riduce i costi

totali di transazione connessi allo scambio di mercato, permettendo il conseguimento di configurazioni di *second best* superiori, in termini di benessere ottenibile, a quelle realizzabili con modalità di scambio alternative⁵.

Come hanno rilevato alcuni autori (Bartlett, 1991), i servizi sanitari presentano non solo una rilevante asimmetria informativa in tutte le fasi di offerta e domanda degli stessi, ma mostrano anche tutte le caratteristiche che, secondo l'approccio della *New Institutional Economics*, rendono necessaria una forma di *governance* di tipo gerarchico alternativa alla contrattazione di mercato. In altri termini, se da un lato questi autori riconoscono che riforme pro-concorrenziali basate sulla separazione tra domanda e offerta possono ridurre parte delle inefficienze connesse all'asimmetria informativa, dall'altro i costi aggiuntivi di transazione creati da processi di separazione verticale contabile o proprietaria, possono generare, nell'allocatione delle risorse, distorsioni superiori a quelle imputabili ai modelli di *governance* del tipo *command and control*. Ciò è reso ancora più evidente dalla circostanza che, nel settore sanitario, la stessa separazione contabile appare di difficile realizzazione a seguito della pervasiva complessità che caratterizza l'imputazione dei costi associabili ad una data prestazione sanitaria⁶. Inoltre alcuni studiosi (Belli, 1997), applicando i risultati della teoria dell'integrazione dei diritti proprietari (Hart, 1995) al settore sanitario⁷, mostrano come l'elevato tasso di complementarità esistente tra beni e i servizi sanitari nonché tra questi e gli investimenti in capitale umano del personale sanitario richieda sempre, dal punto di vista dell'efficienza aggregata, un elevato grado di integrazione verticale e di cooperazione tra tutti i diversi *constituents* dell'offerta sanitaria.

⁵ Secondo il noto contributo di Coase (1937), ad esempio, la scelta tra *make or buy* di un dato bene o servizio è direttamente imputabile ai costi di transazione connessi alla determinazione dei prezzi e di altri termini contrattuali incerti o complessi. Secondo Williamson (1986), i costi di transazione rischiano di essere pervasivi in tutte quelle transazioni caratterizzate da elevata frequenza, da incertezza, da investimenti specifici (specie in capitale umano) e da incompletezza contrattuale. In tutti questi casi, lo scambio di mercato, tra due o più soggetti dotati di piena autonomia contrattuale, si risolve in un "fallimento del mercato" con un potenziale razionamento di scambi pareto-rilevanti.

⁶ Più in generale, Baker, Gibbons e Murphy (2001) mostrano come in presenza di elevati costi di transazione nella definizione dei prezzi di scambio interni ad una data organizzazione, la separazione verticale proprietaria o contabile finisce per generare costi di transazione ex-post più elevati di quelli associabili all'integrazione verticale.

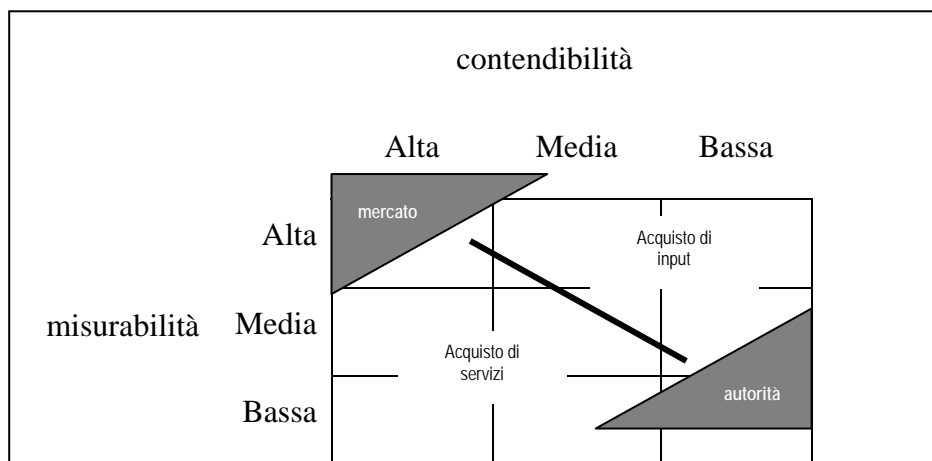
⁷ La nuova teoria dei diritti proprietari afferma, in estrema sintesi, che: in presenza di contratti incompleti ed investimenti specifici, l'assegnazione dei diritti di proprietà sui beni che sono impiegati con investimenti specifici influenza gli incentivi delle parti alla realizzazione di tali investimenti; al fine di massimizzare il surplus congiunto di una data relazione contrattuale incompleta occorre attribuire ex-ante i diritti di proprietà ai soggetti che più di altri contribuiscono alla realizzazione del surplus congiunto; l'assegnazione dei diritti di proprietà ai soggetti che più di altri contribuiscono, con i loro investimenti specifici, alla produzione del surplus, se da un lato massimizza gli incentivi alla partecipazione produttiva dei proprietari, dall'altro minimizza gli incentivi dei non proprietari, comportando sempre soluzioni di *second best*, ma in ogni caso superiori, dal punto di vista dell'efficienza aggregata, a quelli che si avrebbero in assenza di assegnazione dei diritti.

Altri studiosi (Allen, 1995; Broomberg, Masobe e Mills, 1997; Goddard e Mannion, 1999; Dawson e Goddard, 2001; Palmer, 2000) hanno rilevato come, anche volendo ricorrere alla separazione verticale tra domanda e offerta di prestazioni sanitarie, dal punto di vista dell'efficienza aggregata, la sottoscrizione di contratti di lungo periodo (c.d. *contratti relazionali*) rappresenti la soluzione contrattuale più efficiente che consente alle parti di acquisire, nel corso del tempo, una migliore conoscenza delle opportunità di mercato, così come delle caratteristiche reciproche (Macneil, 1974; Goetz e Scott, 1981; Baker, Gibbons, Murphy, 1997; Campbell, 1998) realizzando un meccanismo concorrenziale che può manifestare i suoi effetti solo nel lungo periodo, passando da un modello di concorrenza *nel* mercato ad un modello di concorrenza *per* il mercato nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.

Infine, alcuni studiosi (Preker, Harding, Travis, 2000) hanno indicato nel *grado di misurabilità* e nel *grado di contendibilità*, riscontrabili nell'erogazione di date prestazioni sanitarie, i criteri in base ai quali selezionare il sistema di *governance* più efficace ed efficiente. Il punto di partenza della loro analisi è la consapevolezza che il corretto confronto concorrenziale tra strutture erogatrici, dove possibile, possa svolgere anche un rilevante ruolo di rivelazione di informazioni altrimenti disperse e non disponibili. Ciò dimostrerebbe una relazione virtuosa tra contendibilità e misurabilità delle prestazioni sanitarie, per la quale la contendibilità genera misurabilità e la misurabilità genera contendibilità. La prima conseguenza di questa intuizione risiede nell'introdurre riforme pro-concorrenziali solo in contesti caratterizzati da elevata concorrenza e non da un'offerta monopolistica. Tuttavia, come si è già richiamato sopra, questa esigenza può scontrarsi con l'adozione di contratti relazionali di lungo periodo nei quali si realizza quella che Williamson (1986) definisce una "trasformazione fondamentale". Quest'ultima si manifesta quando contesti di mercato caratterizzati da un'elevata contendibilità finiscono per trasformarsi in monopoli bilaterali sotto la spinta di politiche volte a minimizzare i costi di transazione associati al costo opportunità di mutare controparte contrattuale.

Seguendo Preker, Harding e Travis (2000), la decisione di *make or buy* dipenderebbe di volta in volta dalla particolare relazione che viene a crearsi per una data transazione tra le due variabili sopra richiamate (misurabilità, contendibilità).

Grafico 2



Fonte: Preker, Harding e Travis (2000)

Il confronto concorrenziale diventa efficiente solo se associato ad alta misurabilità e alta contendibilità nell'erogazione di una data prestazione sanitaria. Al contrario, l'integrazione verticale con controllo gerarchico (relazione di autorità) sarebbe ottimale nei casi in cui vi è bassa misurabilità (che rende efficace un sistema di prezzi interni) e bassa contendibilità (che rende preferibile un controllo gerarchico alla contrattazione con un monopolista). Nei casi intermedi è preferibile acquistare i servizi sul mercato in presenza di bassa misurabilità ma elevata contendibilità (il confronto concorrenziale rivela i prezzi e i costi di riferimento), mentre diventa ottimale acquistare input produttivi anche in presenza di bassa contendibilità solo quando si abbia elevata misurabilità.

4. Le riforme pro-concorrenziali in Europa

Il dibattito teorico sulle riforme pro-concorrenziali non è affatto concluso. Solo di recente alcune timide e non esaustive risposte provengono dalle prime analisi empiriche e dalle tendenze registrate nel disegno delle politiche sanitarie. Nei prossimi paragrafi si illustrano alcune tappe fondamentali registrate dai processi di riforma organizzativa avviate in alcuni Paesi europei. In particolare distinguiamo tre gruppi di Paesi:

- (a) Paesi che hanno attuato *riforme strutturali* (Regno Unito, Svezia, Germania);
- (b) Paesi che hanno avviato una prima timida fase di riforme pro-concorrenziali che possiamo definire *riforme sussurrate* (Italia e Spagna);

(c) Paesi che hanno introdotto solo alcuni elementi pro-concorrenziali in sistemi caratterizzati da programmazione *command and control* e per i quali possiamo parlare di *riforme immaginate* (Finlandia, Francia, Danimarca).

Riforme pro-concorrenziali strutturali

Il sistema sanitario inglese costituisce il caso europeo più avanzato dei cosiddetti “quasi-mercati”. L’esperienza britannica è stata presto imitata, con diverso grado, da un folto gruppo di Paesi europei. Ciò è avvenuto prima che si potesse disporre di prime valutazioni degli effetti introdotti da quella riforma in termini di efficienza e di efficacia. La ragione di tale repentina adesione è probabilmente da ricercare nella ragionevolezza delle misure introdotte da un punto di vista micro-economico degli incentivi dei soggetti coinvolti a diverso titolo e soprattutto nel tentativo di contenere la spesa attraverso misure che non andassero a intaccare sulle modalità di finanziamento e di copertura finanziaria agli assistiti.

Dalla sintesi dell’evoluzione delle riforme avviate, attuate o dichiarate in alcuni paesi europei emerge una varietà di modelli incompiuti, in una transizione che tuttora perdura e della quale non si dispone di rilevazioni empiriche sufficienti a delinearne una prima valutazione circa gli effetti prodotti sull’efficacia sanitaria e sull’efficiente allocazione delle risorse nel sistema sanitario nazionale.

Nel **Regno Unito** la riforma sanitaria è stata attuata alla fine degli anni ’80 quando il Libro bianco *Working for Patients* ha fissato i criteri guida per la creazione di un nuovo sistema sanitario, prospettando una radicale inversione rispetto al sistema allora vigente. L’adozione della riforma veniva motivata con l’esigenza di superare le disfunzioni osservate nel sistema sanitario nazionale e in particolare gli alti costi burocratici di un sistema di *command and control*, l’assenza di opportune forme di incentivazione degli operatori sanitari ai diversi livelli, l’inesistenza di meccanismi efficaci di monitoraggio, controllo e sanzionamento dei comportamenti inefficienti e opportunistici e la crescente insoddisfazione degli assistiti in termini di accesso al sistema sanitario nazionale, misurata in termini di tempi di attesa e “code”⁸. Gli elementi caratteristici del sistema sanitario inglese vennero individuati:

⁸ Il sistema precedente la riforma era un sistema fortemente centralizzato nel quale il comitato esecutivo del *National Health Service* attuava le linee guida indicate dal governo, trasmettendole via via a tutti i livelli inferiori sotto un profilo gerarchico: gli uffici regionali, le 192 *District Health Authorities*, gli ospedali e infine i medici generici (*General Practitioner, GP*), i quali mediavano la domanda di servizi sanitari degli assistiti e li introducevano ai livelli successivi di assistenza (agendo da *gatekeeper*).

- (i) nella separazione tra erogatore e acquirente di prestazioni sanitarie;
- (ii) nell'assegnazione (volontaria) ai medici di base di un budget per l'accesso all'assistenza specialistica dei propri assistiti.

La riforma sanitaria si concentrava dunque non tanto sul lato finanziario del sistema ma su quello della sua organizzazione e gestione. Il nuovo sistema sanitario prevedeva un sistema più articolato nel quale vi era una chiara distinzione tra erogatori e acquirenti di prestazioni sanitarie: i primi erano costituiti dagli ospedali, organizzati in *Hospital Trust* (425 in tutto il territorio nazionale), e pertanto dotati di autonomia gestionale e organizzativa; i secondi erano rappresentati dalle *Health Authorities* (100 in tutto il territorio nazionale), dai *GP fundholding* e dagli altri medici generici. I medici di base svolgevano, nel nuovo sistema, il ruolo di *gatekeeper* del sistema. Dal lato dell'offerta veniva inoltre introdotto un meccanismo di remunerazione delle strutture ospedaliere basato sul raggruppamento omogeneo di diagnosi (DRG) per alcuni tipi di prestazione, denominato “*health related groups*”. Questo sistema di remunerazione comportava che ciascun erogatore definisse un budget finanziario sulla base della tipologia di spesa effettivamente erogata piuttosto che in base alla spesa storica, secondo lo schema tradizionale di *command and control*.

Il sistema così avviato ha generato secondo alcuni studiosi (Le Grand, 1998, 1999; Propper and Soderlund, 1998) diversi effetti positivi. In particolare, la separazione tra erogatori ed acquirenti delle prestazioni avrebbe ripristinato incentivi efficienti sia dal lato della domanda che dal lato dell'offerta in termini di qualità, prezzi e costi. La trasparenza indotta dal processo concorrenziale avrebbe inoltre permesso di rilevare, per la prima volta, i costi effettivi di erogazione per tipologie omogenee di prestazioni e di indurre un razionamento efficiente dei periodi di degenza. Gli effetti positivi prodotti sugli incentivi degli operatori sembrano tuttavia essere controbilanciati dall'emergenza di nuovi costi, il più importante dei quali è stato ravvisato negli elevati costi burocratici e amministrativi legati alla contrattazione tra erogatori e acquirenti (Propper, Wilson e Soderlund, 1998). Inoltre, alla crescita dei costi amministrativi derivanti dalla separazione verticale tra acquirente ed erogatore non sembra sia associata un'effettiva concorrenza dal lato dell'offerta. Ciò è accaduto anche in ragione della limitata libertà di scelta degli assistiti rispetto sia alle *Health Authorities* che all'assistenza specialistica nonché della limitata libertà di scelta degli erogatori da parte delle *Health Authorities*. Questi effetti negativi non sembravano peraltro idonei a conseguire uno dei principali obiettivi della riforma ovvero la drastica riduzione dei tempi di attesa.

L'insieme degli effetti negativi imputabili alla riforma pro-concorrenziale ha indotto il Governo Blair a ridisegnare il sistema. La nuova riforma avviata tra il 1997 e il 1998 manteneva la separazione tra erogatori e acquirenti di prestazioni sanitarie, ma promuoveva una nuova formula organizzativa volta alla cooperazione tra i diversi erogatori da un lato e diversi acquirenti dall'altro al fine di evitare inutili duplicazioni nell'offerta di prestazioni. Questo obiettivo veniva realizzato attraverso l'estensione temporale della durata dei contratti di fornitura (la cui durata minima veniva stabilita in tre anni), la sostituzione del *GP fundholding* con i *Primary Care Group (PCG)* e la costituzione di comitati sanitari (*Health Action Zone*) concentrati in aree geografiche di particolare rischio sotto il profilo epidemiologico, economico e sociale. I primi risultati sulle liste di attesa sembrano rispondere positivamente, ma in modo giudicato ancora molto timido dagli assistiti, alla riforma avviata nel 1997. Dal momento che gli effetti prodotti sembrano ancora molto lontani dai risultati attesi, il governo Blair ha recentemente annunciato un nuovo piano volto a incrementare la spesa sanitaria complessiva e a permettere il rimborso di prestazioni sanitarie erogate da Paesi europei limitrofi quali la Francia, il Belgio e l'Olanda (Le Grand, 2002a, 2002b).

Il **sistema sanitario svedese** è un sistema a forte partecipazione pubblica, organizzato su base regionale, che garantisce un accesso immediato ed efficace alla tutela della salute di primo livello. Nel sistema svedese viene inoltre garantito all'assistito di poter scegliere liberamente il centro sanitario o i dipartimenti ospedalieri per la medicina di base all'interno della propria regione di appartenenza. In tale ambito, l'assistito può essere autorizzato ad accedere alle prestazioni sanitarie offerte in altre regioni, trasferendo il finanziamento della prestazione alla regione di appartenenza. Il sistema svedese richiama in parte la recente struttura del NHS con particolare riferimento alla libertà di scelta del paziente, alla separazione tra erogatore e acquirente di prestazioni, alla fissazione di budget finanziari alle strutture erogatrici e agli acquirenti e alla potenziale concorrenza tra strutture erogatrici situate in regioni diverse. Anche nel sistema svedese viene prevista inoltre la determinazione di budget globali e di contratti per gli ospedali pubblici e per le strutture ospedaliere private accreditate. Ciascuna regione attribuisce ai distretti locali la responsabilità finanziaria dell'offerta sanitaria determinando specifici budget globali per ogni data area distrettuale, all'interno delle quali le organizzazioni di fruitori di prestazioni sanitarie contrattano con gli erogatori. Infine la remunerazione delle prestazioni sanitarie contempla un sistema di pagamento analogo al DRG, almeno per alcuni tipi di prestazioni. Le riforme che hanno interessato la Svezia nella seconda metà degli anni '90 hanno parzialmente corretto, come avvenuto nel Regno Unito,

l'enfasi precedentemente riposta nei meccanismi concorrenziali. Una delle principali difficoltà è stata individuata nell'efficacia del meccanismo di libertà scelta che ha comportato tuttavia seri problemi finanziari per le strutture che registrano il più elevato tasso di migrazione verso strutture concorrenti. Come nel Regno Unito, la soluzione a queste difficoltà è stata rinvenuta nella concentrazione di alcune unità sanitarie regionali al fine di contenere i costi, minimizzare la concorrenza "distruttiva" tra queste e migliorare l'efficienza e l'efficacia sanitaria.

Il **sistema sanitario tedesco**, come quello svedese, si fonda su un'organizzazione di stampo fortemente regionale. Rispetto ai paesi sopra richiamati, il sistema tedesco prevede un'assicurazione sanitaria obbligatoria che ciascun cittadino stipula con il fondo malattia prescelto⁹. La libertà di scelta dell'assistito si rivolge tanto ai fondi malattia (che hanno l'obbligo di contrarre con l'assistito che ne richiede la partecipazione) quanto nei confronti del medico di base che contratta con i fondi malattia i livelli di assistenza erogati e il loro costo, quanto infine nei confronti dell'ospedale che contratta direttamente con i fondi assicurativi una lista minima di prestazioni, un dato rapporto costi-volumi e un insieme di procedure. L'esercizio effettivo della libera scelta da parte dei pazienti è dunque limitato agli accordi sottoscritti tra i fondi assicurativi, le associazioni di medici (a livello regionale e federale) e le associazioni delle strutture ospedaliere (a livello regionale e federale). A fronte di ciò è stato tuttavia rilevato come il sistema tedesco, rispetto a quello britannico, sembri aver sperimentato una maggiore efficacia nell'abbattimento delle liste di attesa. Il punto di maggiore debolezza del sistema tedesco sembra infine risiedere nell'eccessiva duplicazione di servizi indotta dal sistema, un problema già osservato nel caso inglese.

Riforme pro-concorrenziali sussurrate

In questa categoria inseriamo l'esperienza di quei paesi che pur avendo prodotto e avviato riforme pro-concorrenziali basate sull'esempio inglese non hanno poi proceduto ad implementarle compiutamente nel proprio sistema sanitario nazionale e a valutarne gli effetti.

L'**Italia** ha introdotto nei primi anni Novanta una riforma orientata a riprodurre un sistema di

⁹ Alla fine del 1999 vi erano circa 453 fondi malattia che interessavano circa 72 milioni di cittadini e 52 compagnie private di assicurazione sanitaria che coprivano circa 7 milioni di persone. L'assicurazione obbligatoria contribuisce per circa il 70% alla spesa sanitaria totale e per circa l'87% alla spesa sanitaria pubblica, mentre il restante 13% della spesa pubblica è finanziato attraverso la leva fiscale. Le assicurazioni private contribuiscono circa per il 6.6% alla spesa sanitaria totale, mentre la spesa privata (out of pocket) è pari a circa l'11% (Inpdap, 2003).

mercati interni basato sulla concorrenza tra strutture pubbliche e tra queste e le strutture private accreditate con le quali il servizio sanitario nazionale ha stipulato dei contratti di fornitura. La riforma sanitaria mirava ad adottare un sistema decentrato e a promuovere la c.d. “aziendalizzazione” delle USL e degli ospedali di dimensioni maggiori (Mapelli, 1999). In tale sistema le ASL avrebbero potuto acquistare prestazioni dai soggetti accreditati con i quali stipulavano un contratto di fornitura. Il volume delle risorse finanziarie disponibili per ciascuna ASL avrebbe dovuto essere calcolato in base alle tariffe regionali stabilite sull’esempio del DRG inglese e avrebbe dovuto rappresentare il tetto di spesa per l’acquirente pubblico e, di conseguenza, il finanziamento massimo per l’erogatore. Tale volume viene corretto nel corso dell’anno in funzione dei livelli effettivi di attività. In tale modello le tariffe agiscono prevalentemente come costi *standard* per la definizione dei *budget* per le aziende ospedaliere. In alcune regioni si è assistito alla creazione di una lista aperta di erogatori ai quali il cittadino poteva rivolgersi (ad esempio, in Lombardia); in altre regioni (come il Veneto) è stata definita invece una lista “chiusa”, nel senso che la libertà di scelta del cittadino è stata indirizzata non a tutte le strutture accreditate ma solo a quelle con le quali il servizio sanitario ha stipulato un accordo di fornitura. Conseguentemente, alcuni studiosi hanno individuato due possibili modelli di implementazione della riforma sanitaria: (a) *il modello della “contrattazione libera”* e (b) *il modello della “programmazione spinta”*. Mentre il primo modello sembra aver privilegiato la libertà di scelta a scapito del contenimento dei costi, il secondo modello sembra aver comportato il contrario. La riforma Bindi del 1999 ha riformato il sistema sulle orme del ridisegno inglese, pur senza essersi mai spinta efficacemente sulla strada dei quasi mercati, ridefinendo i criteri di erogazione e acquisto delle prestazioni essenziali minime e orientando il sistema verso il modello della c.d. programmazione spinta. Negli ultimi anni sono state annunciate una serie di riforme volte a rafforzare la libertà di scelta del paziente, ma a tali dichiarazioni non è ancora seguito un progetto di riforma organico.

Il **sistema sanitario spagnolo** rappresenta un modello ancora in forte transizione, caratterizzato da copertura universale dell’accesso ai servizi sanitari da parte di tutti i cittadini, finanziamento attraverso la tassazione, integrazione dei diversi servizi sanitari all’interno di una rete nazionale, accentuata devoluzione alle comunità autonome.

Se si esclude la forte connotazione regionalista, che ricorda più la Germania, il processo di riforma in corso in Spagna, può richiamare alcune delle tendenze riformatrici avviate in Italia nel 1992 soprattutto in tema di aziendalizzazione delle strutture erogatrici e di accordi tra erogatori pubblici e privati. Dal punto di vista delle riforme che sono intervenute dal lato

dell'offerta di prestazioni sanitarie, deve precisarsi che sebbene negli anni '90 sia stato introdotto tanto a livello nazionale, quanto a livello regionale, il principio della separazione tra finanziamento, acquisto ed erogazione di prestazioni sanitarie, tale misura non é mai stata implementata nei fatti fino ad oggi. Solo in Catalogna e nella regione basca sono stati attuati timidi tentativi di creare agenzie indipendenti aventi come funzione quella di acquistare prestazioni per conto dei loro assistiti. Questi tentativi tuttavia sono falliti e ad oggi si assiste semmai , sempre in Catalogna, ad un processo inverso caratterizzato dalla compartecipazione di erogatori pubblici e privati ai processi di programmazione della spesa sanitaria. Analoghi ritardi hanno riguardato i processi di riforma organizzativa delle strutture erogatrici nel senso dell'aziendalizzazione delle stesse. Nel 1999, quarantasei centri di erogazione di prestazione sanitarie hanno assunto lo status giuridico di aziende autonome. Nel 1998, il piano sanitario proposto da INSALUD ha incluso una serie di riforme volte ad introdurre un sistema più o meno diretto di concorrenza amministrata, attraverso: la decentralizzazione delle funzioni di acquisto a soggetti indipendenti; la possibilità di *contracting out* di alcuni servizi sanitari, tra i quali quelli di medicina di base; l'estensione dei budget prospettici con la inclusione di indicatori di qualità; la possibilità per il fornitore pubblico di offrire servizi privati, l'introduzione di un sistema di DRG. Ad oggi il processo è ancora in transizione.

Riforme pro-concorrenziali immaginate

In questa categoria si riporta brevemente l'esperienza di alcuni paesi che, di fatto, non andrebbero forse annoverati tra i paesi europei interessati da riforme pro-concorrenziali. Per questa ragione preferiamo definire "riforme immaginate" quelle che riguardano paesi quali la Francia, la Danimarca, la Finlandia. I Paesi qui brevemente richiamati sono diversissimi dal punto di vista del finanziamento come del rapporto esistente tra soggetti erogatori pubblici e soggetti erogatori privati. Ciò che accomuna questi Paesi è solo la consapevolezza che i sistemi di pura programmazione possono generare incentivi al continuo incremento della spesa pubblica a parità di efficacia sanitaria nonché il tentativo di introdurre alcuni elementi tipici di riforme pro-concorrenziali, quali la libera scelta degli assistiti, la determinazione di precisi budget di spesa e un sistema di remunerazione per tariffe (DRG).

In **Francia**, il sistema di erogazione di prestazioni sanitarie è organizzato in cinque settori (ospedalità pubblica, ospedalità privata, servizi medico-sociali, medici di base e medici professionisti). A partire dal 1996, viene approvata ogni anno dal parlamento francese una

“finanziaria sanitaria” (*Objectif National des Dépenses d’assurance Maladie*, ONDAM) che stabilisce le priorità nazionali e i vincoli di spesa. L’ONDAM è nata nel tentativo di imporre un controllo sul continuo incremento di spesa sanitaria registrato in Francia dagli anni ’60 in poi. I fondi vengono allocati alle regioni e successivamente agli ospedali sulla base di indicatori di produttività. Non sono dunque previste sanzioni (abbattimenti tariffari) in caso di superamento degli obiettivi prefissati in termini di volumi di prestazioni e di spesa. In questo sistema di piena programmazione sono stati tuttavia inseriti alcuni elementi tipici di riforme pro-concorrenziali, quali: la libera scelta degli assistiti del medico di base e della struttura ospedaliera; la possibilità da parte di alcuni medici di base di agire come “*referring GPs*” (ma ad oggi ciò riguarda circa il 10% dei medici di base e solo l’1% dei pazienti); la determinazione di un sistema tariffario integrativo per la determinazione di un budget globale prospettico per gli ospedali; la determinazione di un sistema di tariffe *ad hoc* per le strutture ospedaliere private. Dalla riforma Juppé del 1996 ad oggi il sistema francese non è riuscito ad intervenire positivamente sul tasso di crescita della spesa sanitaria pubblica e sono annunciate riforme più incisive nella determinazione delle priorità e nel rispetto dei vincoli di spesa (Tavakoli, Davies e Malek, 2002).

In **Danimarca**, l’erogazione di prestazioni sanitarie è offerta da province e comuni. Sin dal 1993 è stato introdotto in Danimarca un sistema di contrattazione con le strutture ospedaliere, volto a sostituire il precedente sistema di budget globali a piè di lista, nell’ambito del quale vengono specificati obiettivi relativi all’attività e alla qualità dei servizi. Questi contratti non hanno tuttavia natura vincolante e non sono previste sanzioni di alcun genere in caso di mancato rispetto degli accordi. Nel 1999 è stato introdotto un sistema di remunerazione a tariffe (DRG) per i ricoveri di pazienti in strutture situate al di fuori della propria provincia (valutando l’esperimento anche ai fini di un’estensione del sistema a tutte le strutture ospedaliere).

In **Finlandia**, l’erogazione di prestazioni sanitarie è di tipo gerarchico (*command and control*) e viene svolta da 20 distretti ospedalieri (nei quali ciascun ospedale agisce da monopolista locale) la cui amministrazione è delegata a un consorzio di comuni. Circa il 90% del finanziamento delle spese ospedaliere proviene dai comuni mentre il rimanente 10% proviene dalla compartecipazione degli assistiti. Nel 1993 è stata adottata una riforma sanitaria volta a modificare, nell’ambito della programmazione gerarchica dell’offerta, le modalità di determinazione delle tariffe e dei volumi di prestazioni erogate dagli ospedali. Alcune strutture ospedaliere hanno stipulato dei contratti pilota con consorzi di comuni circa volumi e tariffe delle prestazioni attese. Nel sistema finlandese la concorrenza tra strutture ospedaliere

è tuttavia inesistente (a causa dei monopoli locali) e la stessa scelta degli assistiti è molto limitata.

5. Uno sguardo d'insieme

L'introduzione di un qualche grado di concorrenza nella erogazione dei servizi sanitari non implica, di per sé, né l'introduzione di un "mercato" delle prestazioni sanitarie, né l'introduzione di soggetti erogatori privati. Deve dunque essere sgombrato il campo da un sottile equivoco che sembra caratterizzare, a volte, il dibattito politico-economico sulle riforme sanitarie.

Il *confronto concorrenziale tra strutture erogatrici di prestazioni sanitarie*, oggetto di molte spinte riformatrici in Europa, non è affatto necessariamente subordinato alla *nascita di un mercato* o all'*entrata di operatori privati* nell'erogazione dei servizi.

La nozione di concorrenza è da intendersi piuttosto come un attributo del sistema (pubblico) di *governance* ovvero come un *meccanismo incentivante* volto a impiegare la libera scelta di medici, assistiti e terzo pagante come strumento di *policy* per perseguire il fine dell'allocazione efficiente delle risorse, ricomprendendo in tale nozione anche l'*efficacia* delle prestazioni sanitarie e il rispetto del vincolo di spesa.

Alla base delle proposte di riforma pro-concorrenziale si deve semmai rilevare la consapevolezza da un lato, che i fallimenti del mercato generati in sanità dall'asimmetria informativa e dalla incompletezza contrattuale richiedono un sistema di regolazione pubblica e, dall'altro, che soluzioni regolatorie alternative comportano, comparativamente, nuovi costi di transazione. Si pensi al rapporto medico-paziente e al rapporto tra terzo pagante e struttura ospedaliera. In entrambi i casi, la transazione tra i soggetti rilevanti comporta elevati (in taluni casi infiniti) costi di monitoraggio (del paziente rispetto al medico e del soggetto terzo pagante rispetto all'attività effettivamente svolta dall'ospedale). In questi casi, la presenza di informazioni private se da un lato rende inefficiente o inesistente il libero scambio di mercato, dall'altro non è "risolta" attraverso l'intervento pubblico.

La complessità e la diversità che caratterizza i diversi sistemi sanitari non consente di individuare una chiara linea di tendenza in merito all'impatto che certe forme organizzative, in termini di erogazione, o certe modalità di finanziamento esercitano su determinate variabili (stato di salute, tasso di accesso al sistema, spesa pubblica e privata, tasso di ospedalità, numero di medici, e così via). Tale circostanza, se da un lato complica, e non di poco, il ruolo dei *policy maker* nell'individuare e isolare gli effetti di determinati interventi di riforma,

dall'altro mostra quanto ci sia ancora da fare in termini di indagini empiriche in merito agli effetti prodotti sui diversi sistemi nazionali dalle specifiche politiche sanitarie in essi introdotte.

In tale contesto di pervasiva diversità istituzionale emerge un quadro regolatorio frammentato reso ancor più complesso dalla circostanza che quasi tutti i sistemi sanitari nazionali in Europa hanno conosciuto nel corso degli anni novanta processi incisivi di riforma che tuttora perdurano, a tal punto che molti osservatori definiscono i paesi europei come *sistemi in transizione* per quanto riguarda la politica sanitaria.

L'esistenza di continuati e durevoli processi di riforma nei paesi europei se da un lato pone il problema di distinguere tra l'attuazione di riforme in senso proprio e l'adozione di interventi di *fine-tuning*, dall'altro riduce fortemente la capacità di comprendere gli effetti indotti da tali riforme e di attribuirne meriti e limiti.

In questo quadro regolatorio complesso e frammentato possono tuttavia osservarsi alcuni elementi di "convergenza". In particolare, ciascun Paese che attua una riforma sanitaria tende a modificare gli elementi distintivi del modello di partenza e a spostarsi parzialmente verso un sistema alternativo (Saltman, Figueras, Sakellarides, 1998). Così, nel corso dello scorso decennio, in Europa, i paesi caratterizzati da sistemi definiti da modelli di erogazione integrati si sono aperti a processi di riforma in senso concorrenziale e decentrato, riducendo il grado di gestione pubblica, mentre i Paesi che hanno sperimentato forme più avanzate di decentralizzazione e concorrenza hanno registrato una tendenza inversa.

Nei Paesi nei quali la determinazione dei budget di spesa aveva registrato un rilevante successo in passato in termini di contenimento della spesa, quale la Svezia, l'adozione di una riforma in senso britannico del sistema sanitario aveva come fine quello di conseguire l'obiettivo della libera scelta dell'utente come meccanismo propulsivo dell'intero sistema. Tale obiettivo si è tuttavia scontrato, in Svezia, con il problema della reperibilità di risorse finanziarie adeguate da parte delle diverse autorità locali in presenza di una domanda decrescente per servizi resi. Un problema analogo si è riscontrato poi in Germania, sebbene in quel Paese la presenza di un numero elevato di erogatori e di assicuratori in concorrenza abbia in parte esteso l'obiettivo della libera scelta anche ai soggetti pagatori e abbia in parte limitato la libera scelta del paziente ai percorsi diagnostico-terapeutici contrattati tra i vari fondi e le diverse strutture erogatrici o associazioni di medici. L'intreccio tra libera scelta, quasi-mercati e regionalizzazione dei servizi è particolarmente interessante poi in Spagna dove, sebbene con notevole ritardo rispetto ad altri paesi, si sta tentando di introdurre riforme in senso concorrenziale dal lato dell'offerta. Infine l'Italia rappresenta un caso mancato di riforma in

senso concorrenziale del sistema sanitario dovuto ai ritardi alla eterogeneità dei meccanismi di implementazione del sistema da parte delle regioni.

Tali tendenze suggeriscono, in altri termini, che i processi di riforma sembrano essere spesso avviati in una direzione che sembra indebolire il modello di partenza, a volte con riforme strutturali (*top-down*), altre volte attraverso continui mutamenti incrementali tendenti a modificare il quadro esistente (*bottom-up*). Questi processi tuttavia non sembrano produrre una convergenza dei modelli, ma piuttosto una convergenza delle modalità dei processi di riforma i quali, d'altra parte, risultano fortemente influenzati dalle condizioni di partenza. Ne deriva che tali processi registrino spesso un andamento "a pendolo" (Rathwell, 1998) in relazione al quale al primo manifestarsi di elementi critici nei processi di riforma, questi vengono generalmente affrontati attraverso il ripristino delle condizioni iniziali piuttosto che attraverso un'ulteriore spinta all'innovazione riformatrice.

Gli elementi di criticità o di possibile incoerenza tendono cioè ad essere risolti attraverso un indebolimento della riforma, attribuendo dunque al processo di riforma in sé, e non piuttosto alle sue modalità di attuazione e/o di *regulatory design*, la causa della criticità. Ciò comporta un'evidente difficoltà di valutazione dei processi di riforma in quanto diventa spesso difficile comprendere se l'emergere di talune criticità sia connesso a limiti intrinseci dei processi di riforma ovvero del modello cui una particolare riforma tende o non invece alle modalità con le quali questa viene attuata.

I sistemi sanitari sono sistemi complessi caratterizzati da profonde asimmetrie informative e da incentivi diffusi all'adozione di comportamenti opportunistici. In tale ambito, determinate criticità possono manifestarsi sia perché il processo di riforma attuato è inadeguato, e dunque occorrerebbe rimuoverlo, sia perché il processo di riforma è sottodimensionato, e dunque occorrerebbe rafforzarlo.

L'elemento principe che ha spinto l'attuazione dei processi di riforma nei vari paesi, tanto dal lato dell'offerta quanto dal lato della domanda di prestazioni sanitarie, è individuabile nell'obiettivo di ridurre il tasso di crescita della spesa sanitaria pubblica. Agli inizi degli anni novanta, questo era infatti l'obiettivo principale dei processi di riforma attuati nei diversi paesi. Infatti, la crescita prospettica della popolazione anziana, in particolare, se da un lato rappresentava essa stessa un effetto positivo dell'attuazione di politiche sanitarie efficaci in termini di innalzamento dell'aspettativa media di vita nei paesi industrializzati, costituiva un problema crescente per questi stessi paesi sia in termini di incremento della spesa sanitaria, sia in termini di finanziamento della stessa.

I Paesi nei quali il sistema sanitario nazionale è finanziato attraverso la leva fiscale sono intervenuti soprattutto dal lato dell'offerta di prestazioni sanitarie al fine di introdurre opportuni meccanismi incentivanti sugli attori operanti ai diversi livelli di erogazione: medici di base, strutture ospedaliere, autorità locali.

L'idea di fondo era data dalla consapevolezza dell'*effetto induzione* che governa i sistemi sanitari, in relazione al quale, data la pervasiva asimmetria informativa esistente tra assistiti e medici, l'offerta sanitaria ne genera la domanda. Un effetto tanto più grande quanto minore è la ripartizione dei costi (*cost-sharing*) e dei rischi tra erogatori, pagatori e assistiti. In tale ambito, introdurre opportuni incentivi al controllo dell'erogazione rappresentava uno strumento regolatorio efficace per ridurre l'eccesso di domanda e riportare di conseguenza la spesa sanitaria su livelli congrui agli obiettivi di tutela della salute. Si trattava, in sostanza, di strumenti di regolazione che agivano a livello micro-economico e che intervenivano a modificare sistemi centralizzati di erogazione nei quali prevalevano meccanismi di *path-dependency* rispetto ai livelli passati di spesa.

In alcuni Paesi, la separazione non si è accompagnata all'introduzione di meccanismi concorrenziali, mentre in altri entrambi gli approcci sono stati realizzati simultaneamente almeno fino ad un certo stadio. Da tali circostanze emerge dunque l'idea di *una efficienza relativa* delle riforme sanitarie che agiscono dal lato della domanda o dal lato dell'offerta: essa dipende dalle condizioni di partenza e dalla capacità del sistema di attuare, in un orizzonte temporale congruo, gli obiettivi cui mira la riforma adottata.

Riferimenti

Arrow K. (1963), “*Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*”, American Economic Review, 53, pp. 941-973

Allen P. (1995), “Contracts in the NHS Internal Market”, Modern Law Review Volume 58, p. 321-342

Baker G., R. Gibbons and K.J. Murphy (1997), “*Implicit Contracts and the Theory of the Firm*”, NBER Working Papers 6177, National Bureau of Economic Research

Baker G., R. Gibbons and K.J. Murphy (2001), “*Bringing the Market inside the Firm?*”, American Economic Review, Vol. 91 (2) p. 212-218

Bariletti A. e G. France (1997), *Economia della sanità: alcuni sviluppi tematici e punti controversi*, in A. Petretto (a cura di) Economia della Sanità, Il Mulino, Bologna

Bartlett, W. (1991), “*Quasi-Markets and Contracts: A Market and Hierarchies Prospective on Nhs Reform*”, Studies in Decentralisation and Quasi-Markets No. 3 Bristol, University of Bristol, School of Advanced Urban Studies

Belli, P. (1997), “*La rilevanza della teoria dei diritti di proprietà per lo studio della riforma sanitaria inglese*” in A. Petretto (a cura di) Economia della Sanità, Il Mulino, Bologna

Broomberg J., P. Masobe and A. Mills (1997), “*To purchase or provide? The relative efficiency of contracting out versus direct public provision of hospital services in South Africa*” in Bennet S. McPake B. & Mills A. eds. *Private Health Providers in Developing Countries: Serving the Public Interest?* Zed Books. London

Cabiedes Miragaya L. et A. Guillén Rodríguez (1999), « *L'introduction de la concurrence dans les systèmes de santé des pays d'Europe du sud* », Revue Française des Affaires Sociales vol jul-dic: 145-166

Campbell, D. (1998), “*The Relational Constitution of Contract and the Limits of Economics*”, in *Contracts, Co-operation, and Competition Studies in Economics, Management, and Law*, edited by Simon Deakin and Jonathan Michie, OUP, Oxford

Clerico G. (1997), “*Istituzioni, incentivi ed efficienza in sanità*”, CEDAM

Coase R., (1937), “*The nature of the firm*”, *Economica*, 4, pp. 386-405

- Coase R., (1960), "*The problem of social costs*", Journal of Law and Economics, 3
- Coase R., (1988), "*The Firm, the Market and the Law*", The University of Chicago, Oress, Chicago
- Culyer A.J. (1989), "*The normative economics of health care finance and provision*", Oxford Review of Economic Policy 5: 34-58
- Dawson, D. (2001), "*The NHS plan: an economic perspective*", Centre for Health Economics, University of York
- Dawson D., M. Goddard and A. Street (2001), "*Improving performance in public hospitals: a role for comparative costs?*", Health Policy 57 (3) (2001) p. 235 - 248
- Enthoven A.C. (1985), "*Reflections on the management of the National Health Service*" Nuffield Provincial Hospitals Trust, London
- Evans, R. (1984), "*Strained Mercy: The Economics of Canadian Health Care*", Toronto Butterworth's and Co.
- Saltman R. B., J. Figueras and C. Sakellarides (1998), "*Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*", Buckingham, Open University Press
- Goddard M., R. Mannion and P.C. Smith (1999), "*Assessing the performance of NHS Hospital Trusts: the role of hard and soft information*", Health Policy 48 (2) p. 119-134
- Goetz Ch. And R. Scott (1981), "*Principles of Relational Contracts*", 67 Va. L. Rev. 1089 (1981)
- Hart O. (1995), "*Firms, contracts and financial structure*", Oxford University Press, Oxford
- Inpdap (2003), "*Rapporto annuale sullo stato sociale*", Roma
- Le Grand J. et al., eds. (1998), "*Learning from the NHS Internal Market*", King's Fund, London, p.117-143
- Le Grand J. (1999), "*Competition, Cooperation, or Control? Tales from the British National Health Service*", Health Affairs 18(3):27-39

Le Grand J. (2002a), *“Further tales from the British National Health Service”*, Health Affairs, 21(3): 116–128

Le Grand J. (2002b), *“The Labour Government and the National Health Service”*, Oxford Review of Economic Policy, 18(2): 37–53

Macneil, Ian R. (1974), *“The Many Futures of Contracts”*, Southern California Law Review, 47, 691-816

Mapelli V. (1999), *“Il sistema sanitario italiano”*, Il Mulino

OCSE (1995), *“New Directions in Health Policy”*, Parigi

OCSE (1995), *“Internal Markets in the Making: Health Systems in Canada, Iceland and the United Kingdom”*, Parigi

OCSE (1996), *“Health Care Reform: The Will to Change”*, Parigi

Palmer N. (2000), *“The use of private-sector contracts for primary health care: theory, evidence and lessons for low-income and middle-income countries”* in Bulletin of the World Health Organization, 78 (6) World Health Organization

Preker A.S., A. Harding and P. Travis, (2000), *“Make or Buy Decisions in the Production of Health Care Goods and Services: New Insights from Institutional Economics and Organizational Theory”*, Bulletin of the World Health Organization, 78(6):779-90

Propper C., Soderlund N. (1998), *“Competition in the NHS internal market: an overview of its effects on hospital prices and costs”* Health Economics 7:187-197

Propper C., Wilson D., Soderlund N. (1998), *“The effects of regulation and competition in the NHS internal market: the case of general practice fundholder prices”*, Journal of Health Economics 17:645-673

Rathwell T.(1998), *“Implementing health care reform: a review of current experience”*, in R. Saltman, J. Figueras and C. Sakellarides (eds.), *“Critical Challenges for Health Care Reform in Europe”*, p.385-399, Open University Press

Reviglio F. (1999), *“Sanità. Senza vincoli di spesa?”*, Il Mulino

Saltman R. and J. Figueras (1997), *“European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies”*, World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen.

Saltman R. and C. Van Otter (1995), *“Implementing Health Care Reform”*, Open University Press

Saltman R., J. Figueras and C. Sakallariades (ed.) (1998), *“Critical challenges for health care reform in Europe”*, Open University Press

Tavakoli M., H. Davies and M. Malek (2002), *“Health policy and economics : strategic issues in health care management”*, Ashgate

Williamson O., (1986), *“Le Istituzioni Economiche del Capitalismo”*, Franco Angeli

Note

Quaderni

Monografie settoriali

Rapporti



CERM - Via Poli n.29
00187 ROMA - Italy
tel. 06 69.19.09.42
fax. 06 69.78.87.75
info@fondazionecerm.it
www.fondazionecerm.it