

MODELLI ECONOMICI DI ORGANIZZAZIONE SANITARIA E FINANZIAMENTO

ALESSANDRO PETRETTO

JEL Classification: I1, I11, I12, I18

Keywords : Health, Analysis of health care markets, Government policy, Equity

MODELLI ECONOMICI DI ORGANIZZAZIONE SANITARIA E FINANZIAMENTO

*Alessandro Petretto**

Convegno “Diritto alla salute tra unità e differenziazione: Modelli di organizzazione sanitaria a confronto”,
Fondazione Cesifin Alberto Predieri
Firenze, 20 novembre 2009

Sommario: 1. Introduzione; 2. Fornitura pubblica e produzione pubblica di prestazioni sanitarie; 3. I modelli organizzativi della sanità; 4. Il *cost-benefit* della separazione tra finanziamento e produzione in sanità secondo l’approccio *Industrial Organization*; 5. Assicurazione sanitaria, sistemi di finanziamento e federalismo fiscale; 6. Sintesi e Conclusioni; Riferimenti bibliografici; Appendice; Figure.

1. INTRODUZIONE

La presente relazione propone un’analisi dei modelli di organizzazione sanitaria sulla base delle categorie concettuali della moderna economia pubblica. La sanità e la cura della salute forniscono un “caso” di studio illuminante per esaminare l’articolazione dell’intervento pubblico secondo le varie tipologie. Nel mondo industrializzato l’intervento pubblico in sanità può esprimersi in numerosissime rappresentazioni e i risultati in termini di *Health care*, equità dell’accesso e soddisfacimento del diritto alla salute possono essere conseguiti con diverse tipologie organizzative, nessuna delle quali ha dunque un primato assoluto. Ciò fa dell’organizzazione sanitaria un tema molto delicato e scientificamente stimolante per gli economisti pubblici, in particolare se liberati da pregiudizi di scuola o anche ideologici, che, viceversa, in questo campo tendono ad emergere con una certa facilità.

Nel momento in cui si analizzano e si valutano i diversi sistemi organizzativi non si può prescindere da alcune considerazioni preliminari che investono la cura della salute nei principali paesi industrializzati, governati con sistemi democratici. Innanzi tutto, si tratta di un settore in cui una pressione crescente si esercita sulla spesa, sia pubblica che privata, per effetto di un processo inflativo dal lato dei costi, dovuto allo sviluppo

* Dipartimento di Scienze Economiche, Università di Firenze, Polo di Scienze Sociali, via delle Pandette, n. 9, Novoli, 50127-FIRENZE. E-mail: alessandro.petretto@unifi.it.

della frontiera della tecnologia medica e alla conseguente dinamica della qualità delle prestazioni, e, dal lato della domanda, per motivi demografici¹. In secondo luogo, si tratta di un sistema in cui operano una moltitudine di agenti economici, con preferenze, funzioni obiettivo e interessi specifici confliggenti, per cui è illusorio cercare di ricondurre il tutto ad un *decision-making* unitario e aggregato. In terzo luogo, qualunque sia l'organizzazione prescelta, il suo *outcome* è direttamente dipendente dal flusso di incentivi che si distribuiscono tra gli agenti coinvolti: sistemi *command & control* non *incentive-compatible* possono risultare, malgrado tutte le buone intenzioni, profondamente inefficienti ed iniqui. Secondo la moderna teoria economica i sistemi sanitari sono, in effetti, tanto più efficienti quanto più riescono a riallineare in via ottimale gli incentivi di medici, pazienti, erogatori di servizi e ente pagante in modo tale da ricondurre le prestazioni al livello di effettivo bisogno, in condizioni di costi delle prestazioni contenuti e di allocazione efficiente delle risorse tra gli agenti stessi. All'interno delle organizzazioni sanitarie sussistono condizioni di asimmetria informativa nei rapporti di agenzia che si instaurano tra superiore e subordinato che influenzano il processo decisionale. Di conseguenza cruciale risulta l'esistenza di un efficace sistema di incentivi e di delega decisionale tali da stimolare il subordinato, dotato di una maggior spettro di informazioni, ad agire e scegliere in modo conforme agli obiettivi dell'organizzazione².

La distribuzione di incentivi tra agenti economici con *pay-off* indipendenti richiama vagamente la nozione di un mercato in qualche modo concorrenziale – caratterizzato da una complessa struttura di domande che si confronta con una altrettanto articolata struttura di offerte - che può operare anche nei contesti in cui la presenza pubblica è più consolidata e pervasiva. Al riguardo, l'accostamento delle nozioni di mercato e di concorrenza a quello della cura della salute è da molti, e per molte discipline non economiche, considerato improprio, in quanto incompatibile con la natura sociale del diritto sotteso. Uno degli obiettivi di questo lavoro è indicare se, e a quali condizioni, questo accostamento, sovente utile per motivi di efficienza, possa essere conforme anche a obiettivi di natura equitativa. Ad ogni modo, mercato e concorrenza vanno considerate, nelle varie forme organizzative, nozioni indipendenti da quella più specifica di privatizzazione degli enti assicuratori e delle

¹ Sulle prospettive e le proiezioni della spesa sanitaria in Italia vedi Pammolli e Salerno (2008).

² Su questi aspetti vedi le recenti analisi sistematiche di Clerico (2009, cap. 1) e Zweifel et al. (2009, cap. 11).

strutture erogatrici, tanto che, in alcuni sistemi sanitari, si sono sviluppate totalmente all'interno del settore pubblico.

Il lavoro è così organizzato. Nel paragrafo 2 viene esaminata la distinzione tra fornitura pubblica e produzione pubblica di servizi sanitari per la cura della salute. Dalla separazione di questi due concetti deriva infatti la specificazione dei vari modelli organizzativi. Nel paragrafo 3 proporremo un tentativo di classificazione organica dei diversi modelli con l'obiettivo di farli ricomprendere in un numero limitato di contenitori concettuali. Nel paragrafo 4 ci soffermeremo sull'analisi dei costi e dei benefici della separazione o integrazione delle agenzie di finanziamento (compagnie di assicurazione o aziende sanitarie) dalle strutture deputate alla produzione e offerta di servizi (i c.d. *providers*, come ospedali, cliniche e laboratori). Si tratta di un tipico problema di *Industrial Organization* (I-O), in grado di fornire elementi per la scelta dell'organizzazione sanitaria, per cui ne delinearemo sinteticamente i connotati. Nel paragrafo 5 esamineremo il problema del finanziamento dei vari modelli organizzativi e dei vari sistemi di assicurazione sociale; ci concentreremo quindi sulla struttura di finanziamento del Sistema sanitario italiano, alla luce delle recenti innovazioni legislative sull'applicazione del federalismo fiscale. Il paragrafo 6 concluderà la rassegna, con alcuni commenti riassuntivi. Rimandiamo in Appendice analisi più rigorose e formalizzate di alcune proposizioni inserite nel testo.

2. FORNITURA PUBBLICA E PRODUZIONE PUBBLICA DI PRESTAZIONI SANITARIE

2.1. *Prestazioni sanitarie e well-being individuale*

Le Prestazioni sanitarie, come le cure mediche di base, i servizi diagnostici, le visite specialistiche, i ricoveri ospedalieri e i farmaci, sono rivolte a curare uno stato di malattia con l'intento di pervenire ad un certo livello di salute individuale. Quest'ultimo, nella classica accezione coniata da Amartya Sen, rappresenta un "funzionamento" (*functioning*) in grado di influenzare, al pari, o forse anche di più, di altri come la nutrizione, l'istruzione di base, il livello individuale di *well-being*. Il livello di salute non dipende tuttavia direttamente ed esclusivamente dalle prestazioni sanitarie, quanto da un processo produttivo che avviene all'interno del nucleo familiare, a sua volta inserito in un contesto sociale, che dipende, in modo rilevante, dalle condizioni ambientali, dal livello delle conoscenze, dallo stile di vita, dalla cultura ecc.

Dal punto di vista dell'analisi microeconomica del consumo, le prestazioni sanitarie sono beni di natura privata, in quanto rivali e ed escludibili, ma non sono beni di consumo diretto, come il pane e il vino, essendo piuttosto input intermedi del processo produttivo che determina il livello del funzionamento "salute" (Hurley 2000, Zweifel et al. 2009, cap. 3, Anderson e Grossman 2009). Nondimeno il consumatore-utente formula, perlopiù tramite il medico di base, una domanda individuale di prestazioni.

Come si dimostra formalmente in Appendice, la quantità desiderata di una prestazione si ottiene uguagliando il *beneficio marginale* della cura che si persegue con questa prestazione al *costo di opportunità* della stessa. Il beneficio marginale è una misura della disponibilità a pagare per una prestazione, ed è data dall'utilità marginale della salute veicolata sul valore della prestazione tramite con un indicatore di "appropriatezza". Questa riflette la produttività delle cure, così come è specificata ex-ante dal medico. Il costo di opportunità è pari alla quota del "prezzo" alla produzione (costo marginale) sopportata dal consumatore, che riflette in modo specifico la forme di finanziamento della sanità. In generale questa quota è inferiore ad uno, dato che alla prestazione non corrisponde un prezzo "pieno"; il finanziamento proviene, come vedremo, dai premi assicurativi, dai contributi sanitari o dalla fiscalità generale e tutto al più può contemplare un moderato *co-payment* (ticket). E' chiaro che quanto più si riduce questa quota tanto meno opera il segnale di scarsità in teoria inviato all'agente economico dal costo di opportunità.

2.2. Dalle ragioni dell'intervento pubblico in sanità alle forme organizzative

La moderna teoria della *Public Economics* individua una serie di motivazioni che inducono ad una presenza non marginale del settore pubblico nell'organizzazione e prestazione di servizi sanitari (Hurley 2000, Zweifel et al. 2009, cap. 5).

Innanzitutto, per quanto le prestazioni siano, come detto, beni privati, ciò non di meno spesso generano *effetti esterni positivi*, nel senso che i benefici dei servizi si estendono anche a chi non li consuma direttamente. Le vaccinazioni e la gran parte degli interventi di medicina preventiva forniscono i casi più emblematici. Una fornitura esclusivamente fondata sul calcolo "privato" di convenienza economica produrrebbe una sottofornitura, dal punto di vista del benessere sociale, delle prestazioni sanitarie corrispondenti.

Le prestazioni sanitarie poi sono spesso *beni meritori*, per i quali è immaginabile che una valutazione sociale si aggiunga e integri quella

esclusivamente privata. Si tratta di una di quelle circostanze in cui elementi paternalistici si inseriscono nel calcolo economico. I motivi di fondo, possono essere, come vedremo, legati a fenomeni di imperfetta (miope) informazione individuale e di ordine equitativo. Quando le prestazioni assumono questa caratteristica il loro prezzo al consumo risulta sussidiato, fino, se del caso, all'esenzione.

Nel curare la propria salute gli individui non hanno un'informazione perfetta sulla natura dei prodotti che intendono acquisire. Le prestazioni sanitarie sono in generale *experience goods*: una particolare categoria di beni dei quali i consumatori non conoscono *ex-ante* la qualità, in questo caso la produttività delle cure, ma solo *ex-post* sono in grado di accertarne i benefici. Talvolta tendono addirittura ad assumere anche la forma di *credence goods*, quando la qualità delle prestazioni non viene mai accertata. Sotto questo profilo cruciale è la relazione Medico (l'agente, più informato) – Paziente (il principale, disinformato), che non può essere lasciata ad una regolazione contrattualistica prettamente privata. Alla base di questa relazione ci sono, in particolare, i rapporti di convenzione tra stato e medici di base.

Per il sostenimento delle spese per le cure mediche, data l'incertezza connessa al rischio malattia e l'avversione nei confronti di questo, emergono condizioni per sviluppare forme assicurative. Tuttavia, in questo contesto, si realizzano conclamati casi di *fallimento dei mercati assicurativi*, in presenza di asimmetria informativa assicuratore-assicurato. I classici casi di *Moral Hazard ex-post* ("terzo pagante") e di *Adverse selection* inducono ad equilibri nei mercati assicurativi privati inefficienti. In queste circostanze, pur mantenendo la logica assicurativa, un meccanismo di *social insurance* può garantire, a determinate condizioni, equilibri *Pareto-improving* (Cutler e Zeckhauser 2000, Zweifel et al. 2009, cap.5) rispetto a quelli efficienti-vincolati³. Ma la carenza dei mercati assicurativi si manifesta anche per le situazioni individuali in cui la

³ Nel primo caso, si può dimostrare che un equilibrio, con copertura parziale, può essere migliorato (pur mantenendo forme di *risk sharing*) da un sistema di controlli che possono operare solo all'interno di un'organizzazione pubblica se soggetta ad un vincolo di bilancio "non-soffice". Nel secondo caso, si può dimostrare che un equilibrio *separating* alla *Rothchild-Stiglitz* dove solo gli alti rischi sono totalmente coperti, può essere migliorato in termini paretiani, o dalla fornitura di un pacchetto base uguale per tutti e successiva assicurazione supplementare cui ricorreranno gli alti rischi, o dall'applicazione di un premio medio per tutti (*Community rating*); quest'ultimo può essere, infine, approssimato da un sistema di contributi sanitari commisurati al reddito da lavoro o da imposte generali dedicate (vedi infra).

probabilità dell'evento malattia è prossima all'unità (anziani, portatori di handicap, poveri socialmente esclusi, ecc.). La copertura di questi alti rischi può essere solo assicurata da un sistema tipo *social insurance*.

Infine, in *Health care* si possono determinare situazioni di *insufficienza di offerta* per il prevalere di *condizioni monopolistiche*, quando l'organizzazione per la fornitura di servizi sanitari si concentra territorialmente laddove maggiori sono i rendimenti privati degli investimenti, per cui si possono generare monopoli locali che sfruttano la posizione di rendita spaziale. In altri territori, dove i rendimenti sono più bassi date le aspettative di domanda, invece, si avrebbe una carenza di presidi e quindi un'offerta di prestazioni carente.

Si noti, come tutte le spiegazioni addotte, tranne l'ultima, forniscono la razionalità dell'intervento pubblico sotto forma di *public provision* di cure sanitarie, secondo cui il settore pubblico è chiamato a finanziare, con la fiscalità, la prestazione di cure, indipendentemente dall'erogatore. L'ultima spiegazione fornisce la razionalità di unire alla *public provision* anche la *public production* di prestazioni, secondo cui il settore pubblico non solo finanzia con la fiscalità la prestazione di cure, ma anche è chiamato a effettuarne direttamente l'erogazione. Questa distinzione è cruciale per analizzare i diversi modelli di organizzazione sanitaria. Al momento ci limitiamo a indicare come un sistema sanitario possa perfettamente perseguire, attraverso l'intervento pubblico, l'internalizzazione degli effetti esterni, il conseguimento di finalità equitative, l'assicurazione nei confronti del rischio di malattia, la fornitura di prestazioni in condizioni di appropriatezza ma contemplando erogatori non pubblici, e in ogni caso separati dal finanziatore pubblico. Torneremo su questo aspetto cruciale, ora è necessaria una breve digressione sui temi dell'equità sollevati dalla cura dei casi di malattia.

2.3. *Equità nella salute: nozione generale e obiettivi intermedi*

Equità nella salute significa garantire a tutti l'opportunità di raggiungere un buon stato di salute indipendentemente dalle condizioni economiche, sociali e territoriali. L'obiettivo è consentire il recupero della funzionalità fisica, l'assenza di complicanze e garantire adeguate attese di vita. Il concetto è quindi relativo ad una nozione generale di *Uguaglianza dei risultati* (Williams e Cookson 2000), poiché, sviluppando le precedenti *human capabilities*, si consente a tutti di raggiungere un livello adeguato del "funzionamento salute". Le vie concretamente percorribili per raggiungere questo risultato sono però relative ad alcuni obiettivi più immediati e quindi di natura intermedia. Si tratta di perseguire, a seconda dei casi e degli strumenti utilizzabili, le seguenti nozioni di:

- *Uguaglianza della spesa pro-capite*; quando viene contemplata una quota-capitaria “secca” per il finanziamento delle agenzie periferiche (regioni e aziende sanitarie);
- *Uguaglianza delle prestazioni in relazione al bisogno* (fabbisogno standard), quando si fa riferimento alla prestazione di livelli essenziali di assistenza (vedi infra) e al relativo finanziamento tramite una quota-capitaria “ponderata”, cioè corretta da variabili socio-demografiche di contesto;
- *Uguaglianza dell’accesso alle prestazioni*, quando sono garantiti dagli erogatori accreditati uguali trattamenti ex-ante ai pazienti, indipendentemente dal rischio individuale (*no cream-skimming*, vedi infra) e dal reddito;
- *Uguaglianza dei pagamenti individuali* quando si richiede un costo uniforme per ricevere le cure mediche e i trattamenti
- *Uguaglianza del consumo* quando si richiede, per alcune prestazioni uno stesso livello di utilizzazione ex-post, date le preferenze, il reddito individuale e le patologie di riferimento.

Alcuni di questi obiettivi intermedi sono più facilmente ottenibili di altri, ma, in ogni caso, raggiungono condizioni di *equità vincolata*, diciamo di *second best*, rispetto a quella di *first best* connessa al livello del funzionamento salute.

3. I MODELLI ORGANIZZATIVI DELLA SANITA’

3.1. Una prima distinzione base

Tradizionalmente si distinguono tre modelli organizzativi:

- *Il modello Pubblico*, che, nella versione più pura, prevede un finanziamento pubblico con la fiscalità generale e produzione pubblica; è il c.d. modello *beveridgiano*, tipico dei SSN originari inglese e italiano, prima delle riforme degli anni ‘90. Rientra nel modello pubblico anche il sistema delle Assicurazioni obbligatorie (Mutue), finanziate con *payroll taxation* (contributi sanitari), secondo il c.d. modello *bismarkiano*. In entrambi i casi il sistema sanitario è tendenzialmente *universale*.
- *Il modello assicurativo privato*, invalso attualmente in USA, con Programmi con polizze private, e Programmi pubblici per specifiche porzioni della popolazione (“anziani” con *Medicare*, e “poveri” con *Medicaid*). E’ quindi coerente con

una logica di welfare *residuale*, con una copertura sanitaria (vedi infra) limitata⁴.

- *Il modello misto*, in cui operano simultaneamente Programmi pubblici per le prestazioni base (livelli essenziali) e Programmi privati con mutue per le prestazioni integrative. Inoltre, agiscono strutture de-integrate, finanziate con tariffe standard, a rimborso prospettico (vedi infra). A seconda delle diverse specificazioni, può essere un sistema universale, come quello pubblico puro.

Attualmente, in tutti i paesi europei operano sistemi sostanzialmente misti. Anche il sistema americano, una volta attuata la riforma proposta da Barack Obama, potrebbe divenire un sistema misto. La riforma mira a introdurre una serie di innovazioni rispetto al sistema attuale. In primo luogo, introduce una serie di misure di protezione dei soggetti assicurati o già iscritti a *Medicare* o *Medicaid* come il divieto di *cream skinning* (discriminazione degli utenti in base al rischio), il divieto di fissare un ammontare massimo di cura e l'obbligo di porre un limite massimo di spesa *out-of-pocket* a carico degli assicurati. In secondo luogo, la riforma crea uno spazio di mercato pubblicamente regolato in cui una pluralità di assicuratori offre pacchetti omogenei di prestazioni, costruiti sulla base di regole comuni in un regime di concorrenza sul prezzo. Tutti i soggetti saranno, poi, obbligati ad assicurarsi e individui o piccole imprese non in grado di pagare il premio assicurativo usufruiranno di adeguate agevolazioni fiscali. Il nuovo sistema ("*new insurance exchnage*") si fonderà sui recuperi di efficienza garantiti da una maggiore concorrenza, rispetto alla situazione attuale in cui paradossalmente fioriscono, in tutti gli stati, consolidate posizioni di monopolio assicurativo.

Cruciale ai fini della valutazione dei vari sistemi è quindi la nozione di *Copertura sanitaria*. Questa può essere concepita in termini di: (a) *Larghezza*, cioè l'ampiezza della popolazione cui è garantita la cura della salute; (b) *Profondità*, cioè il numero e le caratteristiche dei servizi inclusi nella copertura; (c) *Altezza*, cioè l'ammontare di costi direttamente sostenuti dal SSN (quindi non direttamente pagati dai pazienti)

3.2. I modelli organizzativi misti

⁴ Per il *Census Bureau* si tratta di circa 46 milioni di cittadini americani. Sono individui di età inferiore ai 65 anni, non coperti da *Medicare*, appartenenti ai ceti medi, non coperti da *Medicaid*.

Gli elementi distintivi dei sistemi misti (Bosi 2006, cap. 7) riguardano i criteri con cui viene assegnato il medico di base, cioè l'agente ordinativo le prestazioni e viene effettuata, e con quali vincoli, la scelta della struttura presso la quale ottenere servizi di cura, diagnostici, specialistici e ospedalieri. La questione è quindi relativa alla possibilità di attribuire la libertà individuale di scelta o effettuare una rigida assegnazione. Ovviamente si configurano situazioni intermedie. Altro elemento distintivo riguarda il modo con cui sono finanziate le prestazioni dei *providers*, a seconda che sia ammessa la copertura ex-post dei costi, oppure sia fissato un budget ex-ante, o si faccia riferimento al metodo delle tariffe prospettive. Infine, i sistemi misti possono contemplare diverse forme con cui è organizzata offerta dei farmaci, sono fissati i relativi prezzi ed è stabilita la misura con cui l'utente partecipa al loro pagamento.

Tra i modelli organizzativi misti, la letteratura individua tre tipologie specifiche:

- *Modello a rimborso* (FIG. 1). Le Assicurazioni mutualistiche (o le regioni) rimborsano i consumatori-pazienti dopo che questi hanno usufruito delle prestazioni presso i *providers* che possono essere sia pubblici sia privati. I *providers* sono remunerati con prezzi amministrati pagati dai pazienti stessi.
- *Modello integrato* (FIG. 2). Lo stato (o la regione) costituisce, insieme ai fornitori, un'unica struttura connessa e integrata all'interno della pubblica amministrazione. I pazienti non pagano le prestazioni, che sono finanziate attraverso la fiscalità generale, e hanno limitata possibilità di scelta delle strutture. I fornitori sono finanziati al costo dei fattori impiegati o a budget.
- *Modello contrattuale* (FIG. 3). L'Assicurazione (lo stato o la regione) è separata dai fornitori che possono essere pubblici o privati accreditati. I *providers* sono finanziati, sulla base di contratti di fornitura, secondo prezzi delle prestazioni prefissati ex-ante e standardizzati (le tariffe associate ai *Diagnostic related groups*, DRG). I consumatori-pazienti hanno, a secondo dei casi, libertà di scelta delle strutture a cui rivolgersi.

I quasi-mercati (QM) sono una specificazione largamente diffusa in Europa del modello *contrattuale*. La FIG. 4 descrive la struttura di un *mercato interno con concorrenza amministrata*, tipo quello britannico⁵.

Gli obiettivi perseguiti con questo modello organizzativo sono sostanzialmente di tre ordini. In primo luogo, si punta a limitare il ruolo produttivo dello stato (e delle sue diramazioni territoriali), che dovrebbe fungere solo da finanziatore o acquirente di servizi a tariffa per i cittadini iscritti ad un sistema sanitario pubblico. In secondo luogo, si sviluppa una concorrenza tra istituzioni pubbliche e tra pubbliche e private, sulla qualità, dato che comunque il prezzo è generalmente fisso. In terzo luogo, si dà voce ai destinatari delle prestazioni, attraverso le mutue di categoria che operano come degli sponsor dei pazienti, valorizzando la “domanda” e aumentando le possibilità di scelta.

Il meccanismo sotteso a QM ha alcune controindicazioni, dovute soprattutto allo incentivo che hanno i *providers* ad attuare forme di *cream skimming*, per attuare il quale occorre mettere in campo forme di controllo ex-ante ed ex-post e, quindi, una notevole capacità di “regolare” il mercato interno, tramite budget, contrattazioni ecc. e prevedendo l’istituzione di specifiche *Authority*. Ciò determina una organizzazione complessa, a causa della quale, si hanno elevati *transaction costs*. Per di più, contrariamente alle aspettative, si sono manifestati considerevoli aumenti di spesa pubblica, causati da *over-spending* e dal fenomeno dell’induzione della domanda da parte dell’offerta messa in atto dagli erogatori tesi ad accaparrarsi “clientela”.

Storicamente la spinta riformatrice dei sistemi sanitari in Europa ha mosso dal primo, al secondo modello e arrivando, solo per alcuni paesi, fino al terzo. La successiva tabella raggruppa in modo sintetico (e semplicistico) la suddivisione attualmente in corso.

Tab.1. Sistemi organizzativi in Europa

QM strutturati in effettivi sistemi pro-concorrenziali	Olanda, Regno Unito, Germania, Svezia, Italia (Lombardia)
Sistemi con elementi pro-concorrenziali più contenuti	Spagna, Italia (Toscana, Emilia, Veneto)

⁵ Per un’analisi formalizzata del funzionamento di un QM vedi Jones e Cullies (1996). Per un sintetico esame delle esperienze internazionali di concorrenza amministrata in sanità vedi Compagnoni (2006). Una recente ricostruzione del NHS, come si è caratterizzato dopo le riforme post-Thacheriane dovute a Tony Blair, è in Miccoli (2007) e una puntigliosa valutazione delle performance del sistema è nel Rapporto OCDE di Smith e Goddard (2009).

Sistemi pubblici <i>Command & Control</i> , appena intaccati da riforme pro-concorrenziali	Francia, Danimarca, Finlandia, Italia (restanti regioni)
--	--

Fonte: Nicita (2004)

Nella prima riga sono indicati i sistemi in cui la struttura dei quasi-mercati (de-integrazione verticale, libertà di scelta dei pazienti e concorrenza tra erogatori) è ormai stabilizzata e confermata dopo successive riforme. Nella seconda riga sono indicati i paesi che, pur avendo avviato riforme pro-concorrenziali, di fatto non hanno proceduto ad attuarle compiutamente, intravedendone via via i limiti. Nella terza riga sono indicati i paesi che, pur avendo manifestato la consapevolezza che i sistemi di pura programmazione possono generare incentivi distorti, hanno inserito solo limitate misure pro-concorrenziali. Da notare, come nei sistemi federali, la caratterizzazione di sistemi può cambiare anche all'interno di un paese, come possiamo dire accada in Italia.

I modelli organizzativi delineati prevedono diverse formulazioni dei sistemi di pagamento delle prestazioni da parte degli enti finanziatori e acquirenti. I vari sistemi tariffari hanno diverse ricadute in termini di incentivi sul contenimento dei costi e sugli standard qualitativi, che costituiscono l'elemento essenziale per valutare questi sistemi⁶. Chiarire questo importante aspetto richiede una digressione un po' più tecnica che rinviemo in Appendice. Qui è utile ricordare come i sistemi di pagamento retrospettivi, a copertura della spesa sostenuta, non incentivano il contenimento dei costi dei trattamenti, dato che il rischio di impresa è a carico dell'ente finanziatore, anche se non inducono a bassi standard qualitativi. Mentre i sistemi di pagamento prospettici, tipo tariffe standardizzate associate ai casi DRG, incentivano il contenimento dei costi, dato che il rischio di impresa è ora a carico degli erogatori, ma, se non soggetti a controlli budgettari e ad efficaci sistemi di accreditamento, possono indurre a limitare gli standard qualitativi, abbattendo, ad esempio, la durata delle degenze e estendendo il numero dei casi trattati.

Ad ogni modo, il sistema di pagamento prospettico dei DRG va ormai affermandosi in Europa, secondo alcuni principi unificanti stabiliti dalla Commissione Europea. In Italia il sistema dei DRG è disciplinato dal D.M. 18.12. 2008 che ha stabilito l'entrata in vigore a partire dal 1 gennaio 2009 sull'intero territorio nazionale della versione così detta CMS 24.0 (Nonis e Rossi 2009). A macchia di leopardo le diverse regioni italiane stanno

⁶ Il tema ha sviluppato una vasta e complessa letteratura di cui un'efficace sintesi è in Zweifel et al. (2009, cap. 10).

recependo i contenuti del decreto, allineandosi ed adeguandosi alla nuova versione dei DRG che utilizza, quale strumento di codifica, la traduzione italiana 2007 dell'*International Classification of Disease*. A ciascun DRG si applicano, aggiornate, le tariffe massime di riferimento per il SSN.

4. IL COST-BENEFIT DELLA SEPARAZIONE TRA FINANZIAMENTO E PRODUZIONE IN SANITA' SECONDO L'APPROCCIO *INDUSTRIAL ORGANIZATION*

4.1 *La teoria dell'integrazione verticale in Health care*

La moderna economia pubblica, per fornire le basi teoriche della questione istituzionale evocata, assume i risultati del dibattito sul *cost-benefit* dell'integrazione verticale in termini di costi di produzione - e quindi sul conseguimento di economie di scala, varietà, rete e coordinamento - e della scelta tra gerarchia e mercato (Gibbons 2005). E' quest'ultimo profilo che si mostra maggiormente in grado di fornire gli elementi per valutare vantaggi e svantaggi delle diverse soluzioni organizzative in sanità. Accade infatti che le transazioni tra *buyer*, in questo caso un'ASL, e *seller*, un fornitore che produce e effettua le prestazioni sanitarie, possano avvenire, in caso di separazione, nell'ambito di una contrattazione di mercato o, in caso di integrazione, tramite l'internalizzazione della transazione stessa e la costituzione di una apposita struttura unitaria. Nel modellare le determinanti della scelta occorre, quindi, ponderare i costi di governo di una struttura integrata e complessa (*firm*), con i costi di ricerca e contrattazione incompleta con i fornitori ed erogatori (*market*).

Al fine di pervenire ad un giudizio di convenienza dell'integrazione o della de-integrazione, occorre considerare, in successione, i comportamenti *rent-seeking* dei vari attori, la dimensione negoziali, l'esistenza di investimenti specifici irreversibili e la relativa appropriabilità dei benefici (*hold-up*), la distribuzione degli incentivi tra i decisori e gli esecutori delle attività, la possibilità di dirimere in sede giudiziaria, agevolmente e con costi limitati, le controversie sull'applicazione dei contratti.

In linea generale, anche nel particolare contesto "industriale" esaminato, la scelta è guidata dalla valutazione di una nozione allargata dei *costi di transazione*. Solo nel caso in cui i benefici derivanti dall'integrazione verticale, tramite la riduzione di comportamenti opportunistici e di inefficienze ex-post e ex-ante, siano maggiori di qualunque forma di inefficienza statica o dinamica associata all'allocazione di risorse nell'ambito dell'organizzazione burocratica

interna alla struttura pubblica individuata, quest'ultima risulterà preferibile a soluzioni fondate su scambi e contrattazioni di mercato (Ugolini 2004).

4.2 *Pro e contro la separazione tra finanziamento/acquisto e produzione di prestazioni sanitarie*

Quando si realizza un modello de-integrato, tipo quello del regno Unito (*Health Authorities vs. Hospital Trusts*), con un assetto QM pubblico-pubblico o pubblico-privato, si hanno livelli di concentrazione industriale piuttosto limitati in quanto si affida il compito di esprimere la domanda a un organismo che definisce le prestazioni ritenute appropriate sulla base degli indirizzi tecnici, lasciando agli assistiti la scelta degli erogatori presso i quali rivolgersi. In questo modello, che può prevedere o meno l'introduzione di voucher specifici, a destinazione vincolata nell'uso ma libera nella scelta del *provider*, si ipotizza che i suddetti organi siano in grado di garantire l'appropriatezza della domanda e quindi anche la corretta combinazione tra componenti sociali e sanitarie. Si ammette altresì che gli assistiti possano esercitare un'efficace azione di controllo sulle prestazioni innescando una concorrenza sulla qualità da parte degli erogatori.

Si tratta, come detto, di *quasi-market*, cioè meccanismi in cui si manifesta in modo separato una domanda e un offerta, ma con caratteristiche peculiari⁷. Dal lato della prima, è il governo e non i consumatori che finanzia i costi della fornitura (*public provision*) e poi la domanda stessa è formulata da un organismo che funge da sponsor dei consumatori/utenti. Dal lato della offerta, gli erogatori possono essere tanto pubblici, quanto privati o organismi *non-profit* (*private production*). Nei confronti di tutti gli erogatori è però indispensabile un "accreditamento" efficace, allo scopo di controllare ex-ante la qualità delle prestazioni, consentire una più accentuata differenziazione nelle caratteristiche dei servizi offerti. L'accreditamento è volto anche a contenere il potere negoziale dell'offerta che, in questo contesto, è rilevante a causa di fenomeni di asimmetria informativa, nonché delle situazioni di necessità e di urgenza in cui spesso si trovano i potenziali assistiti.

In sintesi, dunque, e con riferimento alla realtà del SSN italiano, i vantaggi di un sistema de-integrato possono essere riconducibili:

⁷ Una dettagliata analisi dei vantaggi di questa struttura separata in tema di politiche pubbliche, e quindi non solo in sanità, è in Le Grand (2003, 2008).

- agli effetti incentivanti che emergono dalla contrapposizione di interessi tra ASL (Regione) e Aziende ospedaliere (domanda vs. offerta di prestazioni)
- al percorso virtuoso *concorrenza-qualità-scelta* indotto dai contratti di “compravendita”, per quanto incompleti
- al fatto che sono facilitate le procedure contabili e la misurazione dei risultati
- ad una maggiore specializzazione nelle tre funzioni base del management di una ASL: *Assicurazione* (percezione dei rischi e dei bisogni), *Produzione* (misurazione e controllo dei costi e dei ricavi), *Acquisto* (controllo della domanda)
- al conseguente ruolo delle ASL come acquirenti consapevoli e “non ciechi”.

Questi vantaggi devono però essere confrontati con gli svantaggi dovuti

- ad una limitata diffusione delle economie di scala e varietà (non si sfruttano adeguatamente le complementarità di costo)
- ai costi di transazione generalmente elevati
- alla perdita di una visione di insieme (*corporate view*) delle tre precedenti funzioni, rendendo inefficace o estremamente complesso il controllo della domanda e della spesa
- ai fenomeni di induzione di domanda da parte delle aziende di produzione separate per aumentare i ricavi, a danno delle ASL
- al fatto che la evocata libertà di scelta dei consumatori-pazienti è, in realtà, viziata da rilevanti asimmetrie informative.

Con un modello integrato, con un assetto pubblico-pubblico, tipico di alcune regioni italiane⁸, si realizza, invece, un’elevata concentrazione industriale che, nella versione più estesa, può unificare in un’unica struttura (un ente pubblico come una ASL) le funzioni di programmazione e finanziamento, di regolazione della domanda e anche di gestione dell’offerta dell’assistenza socio-sanitaria. In versioni meno rigide, talvolta gli erogatori (non tutti comunque) possono essere separati, per cui l’organismo pubblico svolge una funzione di committenza nei confronti di questi, che rimangono generalmente pubblici (ASL vs AO).

L’obiettivo primario di un modello integrato è favorire le capacità di coordinamento dell’ente programmatore, limitando gli interessi in conflitto

⁸ E’ utile ricordare come l’assetto integrato sia anche tipico delle *Health Maintenance Organizations* con cui sono strutturati il *Medicaid* e *Medicare* in USA.

che emergono tra gli attori coinvolti; conflitto viceversa valorizzato, come detto, all'interno del modello de-integrato. Inoltre, il modello integrato è volto limitare i processi di manipolazione della domanda di assistenza, la quale spesso non è determinabile in modo oggettivo, soprattutto nella componente sociale.

Il modello integrato, però, porta con sé tutti gli inconvenienti di strutture complesse, ad alto livello di burocratizzazione ed alti costi amministrativi, e che soffrono dell'ingerenza della politica, in tutte le svariate forme in cui si esercita. Inoltre, il modello integrato non trasmette adeguati incentivi in direzione dell'efficienza interna delle strutture, la scarsa funzionalità delle quali diviene la causa principale, in condizioni di *no-commitment* e bilanci soffici, dei disavanzi finanziari sommersi (Dixit 2002, Le Grand 2003, 2008). Nel *cost-benefit* della separazione vs. integrazione vanno dunque inserite considerazioni di *Political economy*, senza le quali il confronto risulterebbe ineludibilmente distorto (Besley 2007, Zweifel et al. 2009, cap. 13).

5. ASSICURAZIONE SANITARIA, SISTEMI DI FINANZIAMENTO E FEDERALISMO FISCALE

5.1. Logica assicurativa e sistemi di finanziamento

La logica assicurativa pervade tutti i sistemi di finanziamento della sanità, anche quelli esclusivamente pubblici. La spesa sanitaria va infatti a finanziare un'attività di copertura di un rischio, quello della malattia, copertura che deve essere garantita a tutti gli individui, data l'avversione nei confronti dello stesso.

Secondo questa ottica, i sistemi di finanziamento sanitario si distinguono a seconda di come - con riferimento alla FIG. 5 che sintetizza la così detta *Medical care triad* (Cutler e Zeckhauser 2000) - in primo luogo, il blocco 1 (mutue o ASL) e il blocco 3 (erogatori) sono integrati o separati - la struttura (1+3) è quella del sistema integrato pubblico puro; la struttura 1 e 3 separati è alla base di un QM - e, in secondo luogo, il blocco 2 (pazienti) finanzia il blocco 1.

In particolare si distinguono le seguenti forme di finanziamento:

- premi assicurativi in caso di assicurazione privata facoltativa
- *Community rating insurance* (obbligatoria) (CRI), cioè premi assicurativi basati sul rischio medio
- *payroll taxation* (con quote a carico dei datori di lavoro) in caso di assicurazione obbligatoria pubblica

- la fiscalità generale, utilizzando imposte erariali specificamente destinate

E' chiaro che il meccanismo assicurativo in senso stretto opera solo nel caso di assicurazione privata, nel quale il premio è direttamente e esclusivamente collegato al rischio individuale; nel secondo, il premio prevede un'esplicita sussidiazione degli alti rischi da parte dei bassi rischi. Nel casi successivi, la sussidiazione incrociata è presente ma non traspare in modo evidente. Nel terzo, infatti, il premio è costruito sotto forma di una quota proporzionale del reddito prodotto dal lavoro, anche con eventuali *upper limits* di pagamento. Così, poiché il rischio di malattia è in generale inversamente correlato alla produttività del lavoro e quindi al reddito, anche in questo caso, i bassi rischi finiscono per sussidiare mediamente gli alti rischi. Nell'ultimo caso, il meccanismo assicurativo è certamente molto mitigato ma di fatto permane in aggregato. L'ammontare delle risorse provenienti dalle imposte destinate al finanziamento della sanità deve coprire ex-ante il valore complessivo dei rischi assicurati, commisurati, come vedremo, dai livelli essenziali di assistenza. La logica assicurativa, in questo caso, viene tuttavia irrimediabilmente violata se, svincolandosi da tali livelli, si procede alla disinvolta pratica del ripiano ex-post dei deficit sanitari.

Nel caso del finanziamento della copertura assicurativa tramite il sistema fiscale emergono interrelazioni e trade-off tra obiettivi redistributivi, perseguibili con la progressività del sistema tributario, e obiettivi di *social insurance*. In particolare, essendo, come detto, i rischi inversamente correlati al reddito, la copertura assicurativa realizza obiettivi di redistribuzione verticale, affiancando l'analogo ruolo svolto dall'imposizione progressiva, anzi riducendone le distorsioni. Tuttavia, in presenza di fenomeni di asimmetria informativa, tipo azzardo morale ex-post e selezione avversa, si manifestano dei trade-off a causa dei quali la piena copertura assicurativa pubblica non è necessariamente socialmente desiderabile, mentre lo diventa il ruolo dell'assicurazione privata supplementare (Petretto 1999, Boadway et al. 2006).

Nei paesi dell'OCSE si presenta una casistica molto articolata di queste forme di finanziamento. La successiva Tab. 2 sintetizza la complessa casistica.

Tab 2. Sistemi di finanziamento sanitario nei paesi OCSE

Servizi Sanitari nazionali sostenuti da fiscalità generale (modelli alla <i>Beveridge</i>)	Australia, Canada, Danimarca, Finlandia, Islanda, Irlanda, Italia, Nuova Zelanda, Norvegia,
---	---

	Portogallo, Spagna, Svezia, Regno Unito
Sistemi di assicurazione sociale finanziati da contributi obbligatori a fondi assicurativi (modelli alla <i>Bismark</i>)	Austria, Belgio, Francia, Germania, Ungheria, Giappone, Lussemburgo, Olanda (prima della riforma del 2006), Polonia
Sistemi basati sull'assicurazione privata obbligatoria, finanziati da CRI	Svizzera, Olanda (dopo la riforma del 2006)
Sistemi sociali misti che combinano i tre casi precedenti	Corea del Sud, Grecia, Turchia, Slovacchia, Repubblica Ceca
Sistemi di prevalente assicurazione volontaria finanziati da premi assicurativi basati sul rischio individuale, salvo <i>Medicaid</i> e <i>Medicare</i>	U.S.A.
Sistemi privati misti finanziati da pagamenti diretti dei pazienti	Messico

Fonte Muraro e Rebba (2008)

Nei primi quattro gruppi, quelli più legati alla tradizione di welfare europeo, nessun paese confida solo su un metodo di finanziamento. Nei SSN del primo gruppo, accanto alla tassazione generale sono presenti anche contributi sociali, o imposte di scopo gravanti sui salari. Ciò avviene nel Regno Unito, ma anche, se pur in termini sfumati, in Italia. Mentre i sistemi del secondo gruppo e terzo gruppo, dei fondi di assicurazione sociali e private obbligatorie, sono spesso integrati da risorse derivanti dal sistema tributario.

Di un certo interesse sono alcuni incroci tra la Tab.1 e la Tab. 2. In particolare, il caso del Regno Unito aiuta a capire la complessità e l'articolazione dei sistemi sanitari. Quello inglese è infatti un sistema interamente pubblico, finanziato dalla fiscalità generale, ma caratterizzato da un mercato interno ad elevata de-integrazione, alta concorrenza e ampia scelta da parte dei pazienti (Nicita 2004, Smith e Goddard 2009).

5.2 La struttura federale del finanziamento della sanità in Italia

Il finanziamento del sistema sanitario in Italia è disciplinato da una serie di norme che si sono succedute nel corso degli anni '90 (Caruso 2009), in particolare dalla L.D. contenuta nell'art.10, c.1, della Legge 133/99. La nuova formulazione del Titolo V all'art. 119 di cui alla l.c. 3/2001, e la conseguente Legge Delega sul federalismo fiscale, n. 42/09, non innovano

in modo particolare per quanto riguarda la sanità. Piuttosto uniformano ad altri settori del *welfare state*, come l'assistenza e l'istruzione, il meccanismo invalso in sanità. Il Titolo V della Costituzione prevede, infatti, all'art. 117, che, per le funzioni destinate al soddisfacimento di diritti sociali (la lettera m) del Comma 2), sia lo stato centrale a determinare i *livelli essenziali delle prestazioni*, come vincolo di responsabilità politica dello stesso nei confronti dei cittadini, utenti e contribuenti. In tal senso si adegua la Legge Delega stabilendo un meccanismo di perequazione basato sul fabbisogno standard relativi ai livelli essenziali, da coprire al netto delle entrate standard destinate a queste funzioni.

Ad ogni modo, schematicamente, il meccanismo per la sanità è rappresentato dalla FIG. 6, da cui emerge lo specifico ruolo svolto dalle regioni e all'interno di queste dalle ASL (Bosi 2006, cap. 7). Si tratta di un sistema sostanzialmente decentrato a due stadi Stato-regioni-ASL. Lo stato centrale finanzia le regioni, alimentando il Fondo sanitario nazionale con tributi specificamente assegnati, pur senza vincolo di destinazione. Questo finanziamento è destinato a coprire i *Livelli essenziali di assistenza* (LEA), che definiscono, come detto, l'area di responsabilità pubblica nei confronti del diritto alla salute. Le regioni, sulla base di questo finanziamento erariale, finanziano a loro volta le ASL.

E' questo il primo "pilastro" di *spesa inframarginale*, come mostrato nella FIG. 7, a cui si aggiunge un secondo "pilastro" di *spesa marginale*, in quanto rivolto a coprire le prestazioni extra-Lea, finanziabili con imposte regionali al di sopra del livello standard nazionale e i ticket sanitari. Questa componente potrebbe essere, come in molti paesi europei, finanziata dalle assicurazione integrative, regionali e obbligatorie. Un terzo "pilastro" riguarda la spesa privata, eventualmente sostenuta da assicurazioni private, a copertura di spese *out-of-pocket*.

In quasi tutti i paesi europei vale, grosso modo, un sistema a tre pilastri come quello sintetizzato nella FIG. 7; la differenza sta nelle dimensioni relative dei tre pilastri stessi. In Italia, l'ampiezza del primo pilastro, dovuto al carattere di onnicomprensività assunto nel tempo dai LEA, ha in un certo senso limitato lo sviluppo del secondo, impedendo, di fatto, l'affermazione dei fondi sanitari pubblici e aziendali (i c.d. Fondi doc)⁹, previsti fin dalle riforme dei primi anni novanta, senza però limitare il terzo pilastro, che, anzi, è venuto, nel tempo, crescendo in aggregato.

⁹ La copertura con assicurazione integrativa del secondo pilastro non raggiunge l'1% della spesa sanitaria complessiva in Italia, mentre, ad esempio, rappresenta il 12,8% in Francia, il 10% in Germania e l'8,4% in Irlanda (Muraro e Rebba 2008).

L'Italia è infatti uno dei paesi UE in cui la spesa privata (principalmente *out-of-pocket* e meno in assicurazioni private) è cresciuta più della spesa pubblica (Pammolli e Salerno 2008), soprattutto a causa del fenomeno del razionamento, sotto forma delle liste di attesa presso le strutture pubbliche, che spinge, in molte regioni, numerosi utenti fuori dal SSN, per un'ampia gamma di prestazioni¹⁰.

L'ampia estensione della gamma delle prestazioni rientranti nelle configurazioni dei LEA e del relativo finanziamento pubblico tramite la fiscalità generale, se pur condivisibile sotto il profilo degli obiettivi equitativi, può alla lunga risultare non sostenibile dal punto di vista della tenuta finanziaria e/o della conseguente crescita della pressione fiscale. Un ampliamento del secondo pilastro, affiancato allo sviluppo di un sistema articolato e progressivo di *co-payment* assicurabile, potrebbe limitare questi problemi di insostenibilità nel lungo periodo, pur mantenendo intatto il carattere di universalità del servizio e elevato il grado di copertura pubblica della prestazioni sanitarie.

5.3. Livelli essenziali di assistenza, costi standard e fabbisogni sanitari

Il meccanismo di finanziamento del fabbisogno commisurato ai LEA ha ovviamente finalità equitative, ma è rilevante anche in termini di efficienza, dal momento che il riferimento a valori standardizzati esalta il significato di trasferimento *fixed-price*, stabilito *ex-ante* indipendentemente dalla spesa e dai costi effettivamente sostenuti, come invece fa un trasferimento *cost-plus* basato sulla spesa storica (Petretto 2009). Tuttavia, il sistema di finanziamento può ancora nascondere insidie per gli equilibri della finanza pubblica.

Sia la spesa sanitaria effettiva, storica, che la funzione del fabbisogno dipendono dal livello dei costi unitari e dal livello quali-quantitativo dei servizi sanitari: all'aumentare del livello di assistenza aumenta l'impiego dei fattori produttivi, siano impiegati efficientemente o inefficientemente, e così la spesa sanitaria pubblica. Semplifichiamo immaginando un'unica prestazione sanitaria. Come formalizzato in Appendice, la spesa standard è intuitivamente data dal prodotto del costo unitario efficiente (minimo) per il livello essenziale (LEA), ed esprime il fabbisogno in funzione, oltre che

¹⁰ Ciò produce il paradosso secondo cui il SSN italiano, dichiaratamente pubblico e con sostanziale integrazione delle strutture, in realtà ha una spesa sanitaria pubblica che non arriva all'80% della spesa sanitaria complessiva, mentre è circa l'87% nel Regno Unito, il cui SSN è, come detto, basato su uno schema di QM.

del livello quali-quantitativo, dei prezzi dei fattori e delle variabili ambientali di contesto¹¹.

Se una regione, efficiente dal punto di vista tecnico ed economico, produce di questa prestazione un livello inferiore al LEA, riceve, con il trasferimento perequativo commisurato al fabbisogno, un finanziamento superiore alla spesa effettiva e quindi può espandere questa per adeguare l'output effettivo al LEA. Se invece la regione, se pur ancora efficiente, quanto a costi unitari, produce un livello superiore al LEA, potrebbe, in linea di principio, secondo la legge delega 42/09, finanziare il relativo eccesso di spesa sanitaria effettiva, rispetto al fabbisogno che riceve come trasferimento perequativo, solo ricorrendo all'autonomia tributaria. La regione potrebbe però essere inefficiente, pur producendo un livello di output pari al LEA. Di conseguenza, la sua spesa effettiva è superiore a quella standard e la differenza va ad alimentare il deficit sanitario regionale. Se il *commitment* pubblico tiene, il finanziamento sulla base del fabbisogno dovrebbe indurre la regione a riassorbire l'inefficienza tecnica ed economica. Importante è però scongiurare, con le opportune verifiche, che la regione invece di adeguare i costi unitari, fornisca un livello inferiore al LEA, per rientrare nel finanziamento. Infine, la regione potrebbe essere inefficiente e produrre anche un livello di output inferiore al LEA; la sua spesa effettiva potrebbe essere quindi inferiore a quella standard, per cui la regione, a termini dei legge potrebbe ricevere un finanziamento superiore alla spesa sostenuta. Ma tale finanziamento, sulla base del fabbisogno standard, potrebbe di fatto premiare l'inefficienza (duplice, in termini di costi e di output) della regione. A maggior ragione, in questo caso, si richiede una serie di verifiche ex-post affinché la regione adegui i costi al livello efficiente e la produzione al LEA.

In merito alla misurazione effettiva del fabbisogno standard di spesa sanitaria per le regioni, è però del tutto illusoria l'idea che, per ogni singola prestazione del SSN si possa calcolare il costo specifico della regione per poi risalire, per semplice sommatoria dei costi delle prestazioni comprese nei LEA, alla determinazione del fabbisogno complessivo e del suo riparto tra le regioni. Motivi di ordine pratico, legati alla carenza di dati, all'assenza di una specifica contabilità industriale analitica dei costi e all'ampissima gamma di prestazione inserite nei singoli LEA rendono

¹¹ La procedura è ovviamente molto più complessa. Vedi al riguardo sulle specificità di pervenire alla stima della spesa standard in campo sanitario Cisclaghi (2009).

inapplicabile questa procedura, che appare peraltro rigidamente pianificatoria¹².

Una via alternativa è mettere a punto il sistema che si è cercato negli ultimi anni di implementare in Italia, sebbene con scarso successo. Si tratta dell'applicazione del così detto *Regression based cost approach* (RCA), ovvero dell'*analisi dei determinanti della spesa standard*, secondo cui tramite la regressione statistica si stimano gli indicatori di *basic needs* in campo sanitario, spiegando i differenziali di spesa pro-capite in funzione di una serie di variabili di contesto¹³. I LEA, opportunamente valutati e aggregati, definiscono l'ammontare aggregato di finanziamento pubblico nazionale che deve essere ripartito tra le regioni in base alla precedenti variabili. Dal punto di vista macroeconomico, l'ammontare complessivo dovrebbe essere in ogni caso vincolato dalla scelta politica circa il volume di risorse da mettere a disposizione del SSN, nonché la sua dinamica nel tempo.

Una via intermedia, tra le due prospettate, consiste nello sviluppare un processo valutativo semplificato basato su una selezione, tra gli indicatori quali-quantitativi di *output* e di *outcome* del sistema nazionale di garanzia dei LEA, di quelli più rappresentativi del soddisfacimento dei bisogni sanitari raggiunti con l'erogazione dei LEA a livello regionale e di confrontarli con macroaggregati di spesa, ottenendo un confronto tra macro-performance¹⁴.

6. SINTESI E CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Vediamo di riassumere quanto esposto in questa relazione con alcune proposizioni schematiche che raccogliamo in dieci punti.

1. Nell'esaminare le caratteristiche dell'intervento pubblico in campo sanitario occorre tenere distinte le motivazioni che inducono ad una *fornitura pubblica* da quelle che ammettono anche una

¹² Uno dei pochi tentativi di fornire una stima della spesa standard, come prodotto dei costi standard e dei livelli di servizio, è stato condotto, pur con limiti di disponibilità di dati e con riferimento alle 13 ASL della Lombardia, da Mapelli (2007).

¹³ Sulla teoria dei trasferimenti intergovernativi basati sui *needs* vedi Boadway (2006); sulla misurazione empirica dei *needs* stessi vedi Bird e Vaillancourt (2005) e Daflon e Mischler (2007).

¹⁴ Per l'analisi dettagliata di questa proposta operativa vedi Arcangeli e De Vincenti (2008)

- produzione pubblica* di cure; le due forme di intervento non sempre coincidono
2. Nel caso di produzione pubblica, questa può essere integrata o separata dall'ente pubblico acquirente di servizi per conto degli iscritti al SSN e finanziatore ("mercato interno" alla pubblica amministrazione). La scelta può essere analizzata sulla base della teoria, secondo l'approccio I-O, del *cost-benefit* integrazione vs. de-integrazione delle strutture di offerta
 3. I sistemi organizzativi di *Health care* sono, di conseguenza, numerosi e non vanno identificati con gli altrettanto numerosi sistemi di finanziamento; valga l'esempio del SSN britannico, a finanziamento interamente pubblico, ma basato su un mercato interno ad alta concorrenza e libertà di scelta dei fornitori da parte dei pazienti e dei medici di base
 4. I sistemi sanitari basati sulla prevalenza di assicurazioni private, come in USA, non garantiscono una copertura dei rischi adeguata e sono ormai quasi ovunque integrati da assicurazioni sociali (in tale direzione si muove la riforma proposta dal Presidente Obama)
 5. Anche i sistemi a pianificazione integrata e centralizzata, *command & control*, stentano a raggiungere, per carenze informative e imperfetta diffusione degli incentivi tra gli agenti coinvolti, gli obiettivi prefissati e sono anch'essi generalmente superati (in tale direzione si sono mosse le riforme attuate dai principali paesi europei nel corso degli anni '90 che hanno dato luogo a sistemi misti)
 6. La concorrenza amministrata nei mercati sanitari interni, un sistema largamente diffuso in Europa, può conseguire risultati apprezzabili, in termini sia di efficienza che di equità, ma richiede meccanismi di regolamentazione (e accreditamento) molto efficienti, con adeguati e costosi controlli ex-ante ed ex-post
 7. Le nozioni di equità nella salute sono peraltro molteplici e non sempre congruenti. L'obiettivo di *first best* finale è garantire a tutti l'opportunità di raggiungere un buon stato di salute ("*functioning*") indipendentemente dalle condizioni economiche, sociali e territoriali. Le corrispondenti *human capabilities* riguardano il recupero della funzionalità fisica, l'assenza di complicanze e adeguate attese di vita. Il concetto è quindi relativo ad una nozione generale di *Uguaglianza dei risultati*. Le vie concretamente percorribili per raggiungere questo risultato sono però relative ad alcuni obiettivi più immediati e quindi di natura intermedia

8. Tutti i sistemi di finanziamento, anche quelli relativi ai SSN, tendono ad uniformarsi alla logica *social insurance*, volta ad assicurare, in condizioni di equilibrio, un rischio individuale e sociale. Al riguardo, la teoria mostra come un sistema misto assicurazione sociale pubblica, per la copertura di un pacchetto base, più assicurazione privata supplementare e integrativa, possa costituire una configurazione efficiente
9. In effetti, tutti i sistemi di finanziamento tendono a modellare un sistema a “tre pilastri”, distinguendosi per le dimensioni assunte dai tre. Al riguardo il SSN italiano tende a privilegiare il primo (spesa pubblica volta al finanziamento dei LEA), limitando il secondo (spesa finanziata da assicurazioni integrative con Fondi doc), senza però riuscire contenere il terzo (spesa privata *out-of-pocket*).
10. I sistemi sanitari regionali in Italia sono comunque variegati e fortemente condizionati nei risultati dalla difficile applicazione e dalla tenuta, in termini di *commitment* politico, del sistema di finanziamento basato sui fabbisogni sanitari.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- R. Anderson, M. Grossman (2009), “Health and the household”, *Review of Economics of the Household*, 7, pp. 219-226.
- L. Arcangeli, C. De Vincenti (2008), “La politica sanitaria”, in M.C. Guerra e A. Zanardi (a cura di), *Rapporto sulla finanza pubblica italiana, 2008*, Il Mulino, Bologna, 2008.
- T. Besley (2007), *Principled agents, the political economy of good government*, Oxford University Press, Oxford.
- R. Bird, F. Vaillancourt (2005), “Expenditure-based equalisation transfers”, in J. Martinez-Vazquez e B. Searle (a cura di), *Fiscal equalisation: challenges in the design of intergovernmental transfers*, Springer, New York.
- R. Boadway (2006), “Intergovernmental redistributive transfers: efficiency and equity”, in E. Ahmad, G. Brosio (a cura di), *Handbook of Fiscal Federalism*, Edward Elgar, Cheltenham, pp. 355-380.
- R. Boadway, M. Leite-Monteiro, M. Marchand, P. Pestieau (2006), “Social insurance and redistribution with moral hazard and adverse selection”, *Scandinavian Journal of Economics*, 108 (2), pp. 279-298.
- P. Bosi (2006) (a cura di), *Corso di scienza delle finanze*, II ed., Il Mulino, Bologna.

- E. Caruso (2009), “La sanità in Italia: contesto normative e flussi finanziari nel quadro della finanza regionale”, in P. Bosi, N. Dirindin e G. Turati, *Decentramento fiscale, riorganizzazione interna e integrazione socio-sanitaria*, Vita e Pensiero, Milano.
- G. Clerico (2009), *Teoria economica e produzione sanitaria*, Giuffrè editore, Milano.
- C. Cislighi (2009), “Chiacchierando di costi standard...”, *Tendenze nuove*, 4, 318-344.
- S. Civitarese Matteucci (2009), Servizi sanitari, mercato e “modello sociale europeo”, *Mercato Concorrenza e Regole*, a. XI, 1, 182-213.
- V. Compagnoni (2006), «Modelli di concorrenza e riforme sanitarie», *Economia Pubblica*, n. 3, pp. 105-137.
- D.M. Cutler, R.J. Zeckhauser (2000), “The anatomy of Health insurance”, in A.J. Culyer, J. P. Newhouse, (a cura di), *Handbook of Health Economics*, North Holland, Amsterdam.
- B. Dafflon, P. Mischler. (2007), “Expenditure needs equalization at local level”, Copenhagen Workshop, September 13-14.
- A. Dixit (2002), “Incentives and organizations in the Public Sector: an interpretative review”, in *Journal of Human Resources*, vol. 37, pp. 696-727.
- R. Gibbons (2005), «Four formal(izable) theories of firm?», in *Journal of Economic Behavior & Organization*, vol. 58, pp. 200-245.
- J. Hurley (2000), “An overview of the normative economics of the Health sector”, in , A.J. Culyer, J. P. Newhouse (a cura di), *Handbook of Health Economics*, North Holland, Amsterdam.
- P. R. Jones, J.G. Cullis (1996), «Decision making in quasi-markets: a pedagogic analysis», *Journal of Health Economics*, 15, pp. 187-208.
- J. Le Grand (2003), *Motivation, agency and policy*, Oxford University Press, Oxford.
- J. Le Grand (2007), *The other invisible hand, delivering public services through choice and competition*, Princeton University Press, Princeton.
- V. Mapelli (2007), “Una proposta di ripartizione del fondo sanitario nazionale tra le regioni”, *Politiche sanitarie*, 1, gennaio-marzo.
- M. Miccoli (2007), “la Terza via di Tony Blair per l’innovazione della clinical governance”, *Mercato, Concorrenza e Regole*, 2, pp. 365-390.
- G. Muraro, V. Rebba (2008), “Il finanziamento della sanità nei paesi dell’OCSE: struttura e dinamica”, *Politiche sanitarie*, 9 (3), pp. 121-132.
- A. Nicita (2004), *Il pendolo delle riforme nei sistemi sanitari europei*, Quaderni CERM, 5/04, aprile.

- M. Nonis, E. Rossi (2009), “L’aggiornamento dei *Diagnostic related groups* alla versione CMS 24.0 in Italia e il dibattito europeo sul finanziamento dell’attività ospedaliera”, *Politiche sanitarie*, 10 (2), aprile.
- F. Pammoli, N. Salerno (2008), *La sanità in Italia, federalismo, regolazione dei mercati, sostenibilità delle finanze pubbliche*, Il Mulino, AREL, Bologna.
- A. Petretto (1999), “Optimal social health insurance with supplementary private insurance”, *Journal of Health Economics*, 18, pp. 727-745
- A. Petretto (2009), *Costi e fabbisogni standard per l’attuazione del federalismo fiscale*, Contributo preparato per l’antologia di scritti in memoria di Giuliano Bianchi a cura di G. Gorla e S. Casini Benvenuti, Associazione Italiana di Scienze Regionali, Franco Angeli.
- P. Smith, M. Goddard (2009), *The English National Health Service: an economic health check*, OCDE, Economics Department W.P. n. 717, ECO/WK (2009) 58.
- C. Ugolini (2004), “La gestione integrata dei servizi sociosanitari: questioni aperte secondo la teoria economica”, in G. Fiorentini (a cura di), *I servizi sanitari 2004*, Il Mulino, Bologna.
- A. Williams, R. Cookson (2000), “Equity in Health”, in A.J. Culyer, J. P. Newhouse (a cura di), *Handbook of Health Economics*, North Holland, Amsterdam.
- P. Zweifel, F. Breyer, M. Kifmann (2009), *Health Economics*, Springer, Heidelberg.

APPENDICE

1. *Equilibrio del consumatore, cura della salute e appropriatezza delle cure*

Sia $\mathbf{m}=(m_k, k=1..M)$, il vettore di M prestazioni sanitarie, volte alla cura di uno stato di malattia, indicato con s , (bisogno di cure) e sia livello dello stato di salute di un individuo indicato da H . Di conseguenza, avremo la seguente formulazione del *well-being* dell’individuo i :

$$H^i = h^i(s_i, \mathbf{m}_i) \quad (1)$$

$$U^i = U^i(x_i, h^i(s_i, \mathbf{m}_i)) \quad (2)$$

Secondo la (1) il “funzionamento” salute dipende dallo stato di salute iniziale, combinato con le M prestazione sanitarie secondo la funzione di produzione $h^i(\cdot)$, che racchiude anche gli effetti delle condizioni ambientali e sociali, nonché lo stile di vita. Sulla base di questa “tecnologia”, ciascuna prestazione k ha produttività

marginale positiva, $h_k^i(\cdot) > 0$, $k=1 \dots M$; ma non-crescente, $h_{kk}^i(\cdot) \leq 0$, mentre il segno di h_{kj}^i dipende dalla relazione di complementarità o sostituibilità delle prestazioni k e j nella cura. h_k^i rappresenta formalmente la così detta "appropriatezza" della prestazione k nella cura della salute di i . Secondo la (2) il livello di utilità conseguito dall'individuo i dipende dal consumo dei beni di consumo diretto, x_i , e dal funzionamento "salute" H^i .

In questa particolare situazione l'equilibrio del consumatore si ottiene, uguagliando

- il *beneficio marginale* della cura tramite la prestazione k , $SMS_{k,x}^i$, una misura della sua disponibilità a pagare per k - data dall'utilità marginale della salute (in termini di numerario), $\frac{U_h^i}{U_x^i}$, ponderata con l'appropriatezza, h_k^i ,
- al *costo di opportunità* della prestazione, p_k , come quota del prezzo alla produzione (costo marginale):

$$SMS_{k,x}^i \equiv \frac{U_h^i h_k^i}{U_x^i} \equiv SMS_{h,x}^i h_k^i = p_k \quad (3)$$

$$p_k = \alpha_k MC_k; \alpha_k \leq 1$$

2. Sistemi di pagamento degli erogatori delle prestazioni e incentivi al contenimento dei costi e alla qualità

Sia una tariffa per prestazione ospedaliera rappresentata dalla funzione lineare rispetto al costo di produzione

$$T = a + bC(q, e, \mu) \quad (4)$$

dove $C(\cdot)$ è il costo del trattamento al livello q (ad esempio, le giornate di ricovero); $C_q > 0$ indica il costo marginale di produzione; e è il *cost-containment effort* del presidio e $C_e < 0$ il suo effetto; μ rappresenta la qualità della prestazione e $C_\mu > 0$ il suo costo marginale; $q = q^*$ è l'oggetto del contratto di servizio, mentre e ed μ non sono osservabili e quindi non contrattabili.

Se il fornitore è *residual claimant* tenderà a massimizzare la seguente funzione differenza:

$$R = T - C(q^*, e, \mu) - \psi e = a - (1-b) C(q^*, e, \mu) - \psi e \quad (5)$$

dove $\psi > 0$ rappresenta il costo (disutilità) marginale che l'amministrazione del presidio sopporta per lo sforzo di contenimento dei costi del trattamento.

In caso di contratto *cost-plus*, si ha $b=1$, come nel modello a rimborso o nel modello integrato, in cui il pagamento è generalmente retrospettivo. Per cui è $R = a - \psi e$, cioè il residuo è indipendente dai costi di produzione e quindi non c'è

incentivo a contenere questi: teoricamente il livello ottimale di sforzo è infatti $e^*=0$. D'altra parte, senza rischio di impresa il *provider* non sfrutta il monopolio informativo e può quindi tenere alta la qualità, il cui costo marginale sarà coperto ex-post.

Se invece il *Contratto* è *fixed price*, cioè $b=0$, come in un modello “puro” di QM, in cui il pagamento è prospettico, tramite le tariffe associate ai DRG, $R=a-C(q^*,e,\mu)-\psi e$, cioè il residuo, è decrescente rispetto ai costi del trattamento, per cui c'è un effettivo incentivo a contenerli, anche se questo impegno produce disutilità. Il livello ottimale dello sforzo, $e^*>0$, è dato dalla condizione $-C_q=\psi$, secondo cui il beneficio marginale dello sforzo è uguale alla sua disutilità marginale per l'amministrazione. Tuttavia, il totale rischio di impresa può indurre il *provider* a ridurre la qualità; si noti che in teoria il livello ottimale è $\mu^*=0$. Più concretamente, senza controlli sugli standard e senza un accreditamento che selezioni adeguatamente i fornitori, c'è la concreta possibilità di un peggioramento effettivo della qualità. Inoltre, in asimmetria informativa, a , il termine costante della funzione, che rappresenta la tariffa DRG, può essere eccessivamente elevato e provocare problemi di bilancio.

3. Costi, standard, fabbisogni sanitari e efficienza economica

Indichiamo con y^{LEA} il livello “essenziale” di una determinata prestazione in corrispondenza di un dato livello qualitativo m^0 .

$$F(P; m^0, A, y^{LEA}) = c(P; m^0, A) y^{LEA} \quad (6)$$

è la spesa sanitaria standard, efficiente, dal punto di vista sia tecnico che economico, in quanto ottenuta moltiplicando $c(\cdot)$ - il costo unitario efficiente (supposto costante rispetto alla quantità ammettendo rendimenti costanti di scale) - per il livello essenziale. La spesa standard esprime il fabbisogno.

Come anticipato nel testo, si possono avere quattro casi di confronto tra spesa effettiva e spesa standard. Il primo caso si ha quando la regione considerata, se pur efficiente dal punto di vista tecnico ed economico, produce un livello inferiore al LEA, $y^0 < y^{LEA}$, per cui sarà

$$c(P; m^0, A) y^0 = F(P; m^0, A, y^0) < F(P; m^0, A, y^{LEA}) \quad (7)$$

La regione riceve, con il trasferimento perequativo commisurato al fabbisogno $F(P; m^0, A, y^{LEA})$, un finanziamento superiore alla spesa effettiva e quindi può espandere questa per adeguare l'output effettivo al LEA.

Un secondo caso si ha quando la regione, se pur efficiente, quanto a costi unitari, produce un livello superiore al LEA, $y^0 > y^{LEA}$, per cui ora sarà

$$c(P; m^0, A) y^0 = F(P; m^0, A, y^0) > F(P; m^0, A, y^{LEA}) \quad (8)$$

In linea di principio, la regione potrebbe finanziare questo eccesso di spesa sanitaria effettiva, rispetto al trasferimento perequativo commisurato al fabbisogno, solo ricorrendo all'autonomia tributaria.

Un terzo caso si ha quando la regione è inefficiente, pur producendo un livello di output pari al LEA, per cui è $c y^0 > c(.) y^{LEA}$ con $y^{LEA} = y^0$, $c > c(.)$. Di conseguenza, la spesa effettiva è superiore a quella standard $F(P; m^0, A, y^{LEA})$ e la differenza va ad alimentare il deficit sanitario regionale.

Infine, l'ultimo caso emerge quando la regione è inefficiente e produce un livello di output notevolmente inferiore al LEA, per cui è $c y^0 < c(.) y^{LEA}$ con $y^{LEA} > y^0$, $c > c(.)$. Ora, la spesa effettiva è inferiore a quella standard, ma il finanziamento sulla base del fabbisogno standard potrebbe effettivamente premiare l'inefficienza della regione, per cui occorre imporre alla regione di adeguare y^0 a y^{LEA} , che c a $c(.)$.

Applicando il criterio dell'*analisi dei determinanti della spesa standard*, evocato nel testo, la spesa sanitaria standard regionale, risulterebbe, come estensione della (6), così esprimibile:

$$SS_i = F(P_i; m_i, A_i, D(X_{1i}, X_{2i}, \dots, X_{ni})) = \eta(P_i, m_i, A_i, X_{1i}, X_{2i}, \dots, X_{ni}), i=1, \dots, n \quad (9)$$

La funzione $\eta(.)$ esprime quindi una forma ridotta che incorpora elementi di costo di produzione (indicatori di qualità m e variabili ambientali A che influenzano i costi, nonché prezzi P_i dei fattori impiegati dalle ASL, quando disponibili) e di domanda collettiva $D(.)$ definita sul territorio, in relazione alle caratteristiche demografiche, territoriali, di morbidità della regione (X_{1i}, \dots, X_{ni}). La funzione di spesa standard (9) può essere direttamente stimata con il metodo OLS. Si tratta di una *funzione deterministica "media" della spesa pubblica standard* che fornisce la stima del fabbisogno (sui limiti dal punto di vista econometrico di questo approccio semplificato vedi Petretto 2009), e perciò della spesa regionale da finanziare, integralmente al netto delle entrate standardizzate, con il FSN.

Fig. 1
Modello a rimborso

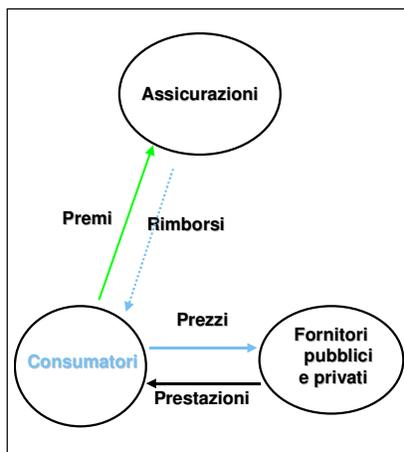


Fig. 2
Modello integrato

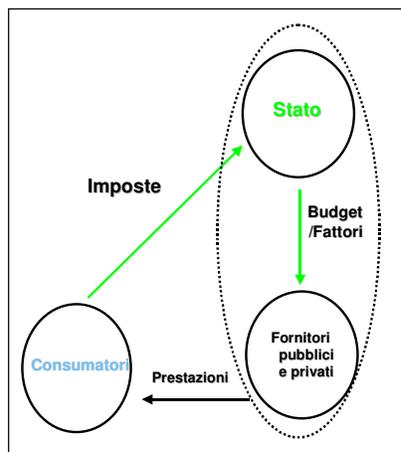


Fig. 3
Modello contrattuale

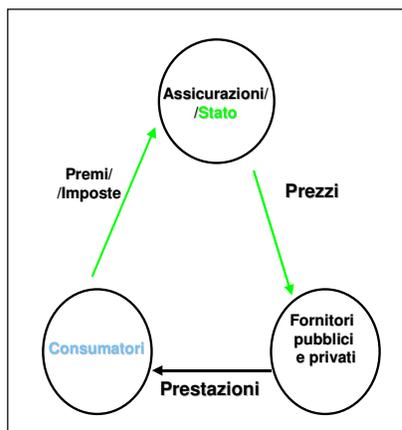


Fig. 6
Flussi di risorse per il finanziamento della sanità in Italia

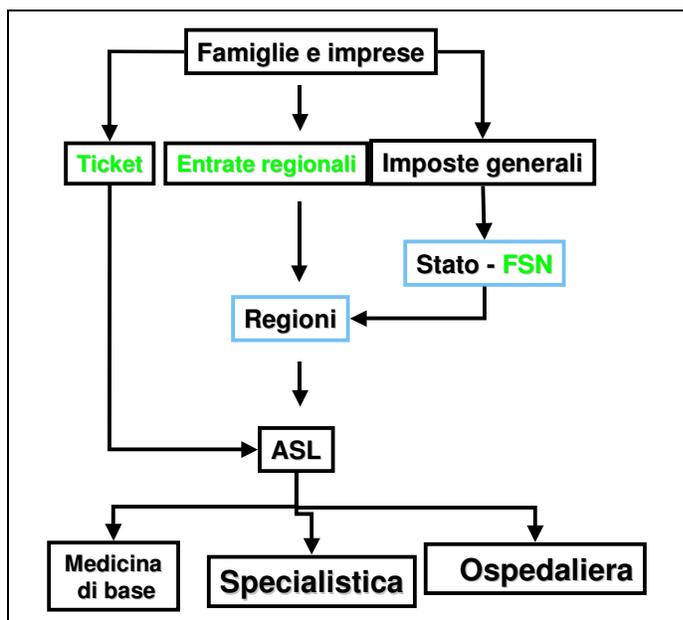


Fig. 7
Il sistema a tre pilastri: i tre livelli di spesa

