

Economia della sanità: alcuni sviluppi tematici e punti controversi

di Antonio Bariletti e George France

1. Introduzione

In un breve saggio Alan Williams [1986, 2] sosteneva che valeva per la *health economics* in particolare, quanto valeva per la *economics* in generale; e distingueva così nel senso dei termini tra *topic* come argomento di analisi e *discipline* come corpo di conoscenze trasmesse nel tempo, con crescente specializzazione e suddivisione al suo interno. Come *expertise* accumulata – si potrebbe aggiungere – con «sufficiente densità» [Posner 1987, 2], è dunque distinguibile per il particolare modo di pensare (usando certi concetti, certi tipi di dati, certe relazioni strutturali) ad un dato argomento.

In questa prospettiva, l'economia della sanità – intesa a comprendere l'economia dei sistemi sanitari e della tutela medica – risulta tributaria, per le sue origini analitiche, di nozioni e contributi sviluppati soprattutto in ambiti di teoria dell'economia del benessere, della finanza pubblica e dell'economia industriale e delle organizzazioni. Orientata in senso applicato e a fini prescrittivi, l'economia della sanità si consolida come estensione sistematica di principi e metodi dell'analisi economica ai problemi allocativi e distributivi del settore sanitario, a partire dai primi anni '70. Nella letteratura precedente, accanto ai primi tentativi di inquadramento della disciplina [Klarman 1965], hanno rilievo contributi di ricerca prevalentemente descrittiva delle istituzioni sanitarie e dei loro problemi economico-finanziari. Si ricorderanno almeno Somers e Somers [1968] sui caratteri ed effetti del mercato assicurativo degli Stati Uniti ed i lavori di Lees [1961], Buchanan [1965] e Titmuss [1958; 1968] sull'organizzazione e finanziamento del *National Health Service* britannico. Appartengono ancora a questa fase di adolescenza della disciplina, l'articolo fondante di Arrow [1963] sui mercati efficienti di previdenza sanitaria ed il primo lavoro di maggior rilievo econometrico di settore [Feldstein 1967].

Antonio Bariletti ha scritto i paragrafi 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7. George France ha scritto il paragrafo 8. Il paragrafo 9 è stato scritto da entrambi gli autori.

A partire dalla seconda metà degli anni '70 cresce rapidamente frequenza dei contributi di ricerca, si affermano topiche di analisi che resteranno centrali nel dibattito disciplinare – quali quelle ampiamente connesse con i problemi di efficienza e distributivi associabili a forme alternative di organizzazione e finanziamento dei servizi sanitari – e compaiono i primi studi manualistici di settore: Berki [1972]; Cullis e West [1979]; Feldstein [1979]. In tempi più recenti, con riferimento a questioni di economia della sanità hanno trovato spunto o elaborato applicazioni, spesso in modo paradigmatico, numerosi contributi di analisi economica di confine (economia dell'informazione, economia delle organizzazioni e neo-istituzionale) [Wagstaff 1989; McGuire *et al.* 1989; Besley 1989; Bevan 1989a; Bartlett 1991]. Un quadro sintetico dell'articolazione dell'economia della sanità e delle sue tematiche più rilevanti può essere ricondotto ai seguenti grandi campi di interesse generale:

- domanda e consumo di tutela sanitaria;
- offerta e produzione di tutela sanitaria;
- problemi e metodi di valutazione economica in sanità;
- assetti alternativi di organizzazione e finanziamento dei sistemi sanitari.

2. Domanda e consumo di tutela sanitaria

Si ritiene che la tutela sanitaria sia ricercata a livello individuale in quanto generatrice di benefici sia monetari che non monetari. Appartengono al primo tipo, i benefici associati al miglioramento dello stato di salute (riduzioni della disabilità, mortalità, morbilità, ecc.) che si possono sfruttare in ulteriori attività individuali di mercato e non di mercato. In questi casi la tutela sanitaria presenta aspetti di investimento in capitale umano, con generazione di utilità indiretta. Appartengono al secondo tipo, i benefici di natura psico-fisica (utilità diretta) associati alla riduzione del dolore e delle sofferenze, dell'ansia e dell'incertezza, ecc.

Accanto a questo duplice aspetto di bene di investimento e di consumo, la tutela sanitaria presenta un insieme di altre caratteristiche economiche, associate alle sue modalità di consumo e produzione (spesso congiunte), ritenute peculiari rispetto a quanto rilevabile per altri beni e servizi [Cullis e West 1979; McGuire 1989]: *a*) la presenza di effetti esterni di tipo fisico (malattie contagiose) o di tipo psichico (interesse per il benessere e la salute altrui); *b*) aspetti di bene pubblico puro (misure di sanità ed igiene pubblica); *c*) aspetti di be-

ni di merito in senso stretto (servizi di emergenza, malattie mentali); d) altri aspetti di carattere distributivo o di equità e giustizia sociale (il cosiddetto «diritto alla salute» nelle sue molte varianti); e) condizioni di incertezza ed ignoranza del paziente-consumatore; f) asimmetrie informative tra richiedenti e fornitori; g) caratteri monopolistici nell'erogazione di taluni servizi. Sulla rilevanza economica di questo complesso di caratteristiche e sulle loro implicazioni di efficienza – viste, in particolare, come un concentrato di argomenti di «fallimento del mercato» – la teoria ha prospettato interpretazioni e valutazioni differenziate.

Negli anni '70 prevalse il proposito di appurare, a livello analitico-descrittivo, se la tutela della salute potesse, per le suddette peculiarità, essere ritenuta «diversa» da altri beni e servizi, nel senso particolare di rendere certe forme di organizzazione e finanziamento del settore sanitario intrinsecamente efficienti o inefficienti [Culyer 1971]. Si delineava così, in termini all'epoca tanto assoluti quanto astratti, il conflitto tra sostenitori del «mercato» e sostenitori dello «Stato»; conflitto che, sebbene in termini progressivamente più temperati e contingenti, resterà comunque una costante nel dibattito sulla politica economica del settore sanitario. Si è ben evidenziato di recente [Culyer 1989] che un tale conflitto non potrebbe risolversi derivando prescrizioni normative generali da un esame puramente descrittivo («neutrale») delle peculiarità della tutela della salute. Ma che, piuttosto, posizioni normative differenziate sono associabili a orientamenti diversi di politica sociale e sanitaria [Williams 1988]. Assetti istituzionalmente differenti di organizzazione e finanziamento dei servizi sanitari risponderebbero così a visioni diverse di filosofia ed efficienza sociale, rispetto alle quali i problemi economici associabili alle peculiarità della tutela della salute, per quanto ubiqui e comuni, riceverebbero soluzioni differenziate di *policy*.

Il secondo ordine di questioni riguarda l'opportunità (e la complessità) di distinguere tra domanda di salute e domanda di tutela sanitaria. Per quanto si ammetta intuitivamente che la seconda sia di natura derivata rispetto alla prima, si deve originariamente a Grosman [1972] la formulazione più comprensiva della questione, strutturata in un modello di scelta individuale sugli stati di salute. Nel modello, la salute per un singolo risulta da una funzione di produzione individuale i cui fattori sono molteplici (oltre alla tutela sanitaria, hanno rilievo il reddito, l'alimentazione, l'alloggio, gli stili di vita, l'istruzione). Il singolo – per contrastare il progressivo deterioramento del proprio *stock* di capitale-salute – inizialmente ereditato – nell'arco di vita investe selettivamente in usi pro-salute. Ciascun soggetto ver-

rebbe così a determinare («scegliere») il proprio stato di salute ottimale.

Il lavoro di Grossman ha contribuito, da un lato, ad evidenziare peso relativo della tutela sanitaria rispetto agli altri fattori rilevanti nel processo complessivo di produzione individuale della salute. Dall'altro a verificare, nelle sue parti empiriche, la dipendenza della domanda di salute e di assistenza sanitaria da variabili quali, ad esempio, l'età, il reddito, l'istruzione; fornendo altresì una serie di proposizioni esplicative dei comportamenti individuali pro-salute: relazione positiva tra aumento di reddito e domanda di tutela sanitaria; relazione diretta tra istruzione e livello di salute; relazioni tra domanda di salute e di tutela sanitaria al variare del reddito. Le conclusioni e l'evidenza empirica del modello di Grossman sono state recentemente riviste ed aggiornate in Wagstaff [1986].

Maggiori limiti nei modelli di domanda alla Grossman o alla Phelps, Newhouse [1974], sono associabili agli assunti di perfetta informazione ed assenza di incertezza nelle scelte dei pazienti-consumatori. La questione concerne innanzitutto il rapporto tra condizioni di incertezza ed ignoranza ritenute tipiche dello *status* di paziente consumatore e ruolo del medico nella determinazione del «bisogno» sanitario. Nell'esegesi proposta da Williams [1978] il ricorso al concetto di «bisogno» (a prima vista spurio rispetto a quello di domanda) serve a migliorare la specificazione di taluni aspetti di rilievo individuale e/o collettivo del processo allocativo-decisionale in sanità. Essenzialmente può servire ad evidenziare: la scarsa indipendenza della domanda dall'offerta per il ruolo svolto dal medico quale parte in entrambe; i limiti di autonomia valutativa dei pazienti-consumatori sui costi, benefici e risultati dei trattamenti; i ruoli che individui e collettività possono alternativamente giocare – in assetti socio-organizzativi diversi – nella definizione delle misure ottimali di consumo/spesa e dei relativi costi-opportunità [Culyer 1976]¹.

In termini antitetici e secondo una visione di prevalente parte medica [Williams 1994] il bisogno sanitario tenderebbe ad essere percepito invece come una quantità assoluta, anziché una misura relativa e sottoposta a *trade-off*. Così, ad esempio, secondo il c.d. modello dei bisogni [Cullis e West 1979] la quantità di tutela sanitaria effettiva-

¹ Gli argomenti sono ben riassunti da Williams [1987b, 482] quando rileva che spesso nel nostro caso: «gli individui possono «desiderare» qualcosa senza «domandarla», eppure essere considerati «averne bisogno»; per contro, possono «volere» e «domandare» qualcosa di cui non «hanno bisogno». Possono addirittura non «desiderare» né «domandare» qualcosa di cui, tuttavia, «avrebbero bisogno».

mente richiesta da un paziente non sarebbe determinata autonomamente dall'interessato (analogamente a quanto si postula avvenga per la maggior parte degli altri beni e servizi) ma sarebbe piuttosto quella prescritta dal medico, sulla base della diagnosi e delle tecnologie disponibili. L'implicazione di maggior rilievo del modello è che la domanda effettiva di un soggetto in un certo stato di malattia risulterebbe pressoché inelastica. Se valida, essa comporterebbe, tra l'altro, il depotenziamento dei prezzi d'uso nel determinare i livelli efficienti di consumo individuale; e, per definizione, ridurrebbe il rischio ed il peso di perdite di benessere originate dal lato della domanda nell'allocatione dei consumi sanitari.

Ma questa posizione, per quanto verosimile se riferita a particolari situazioni di emergenza, rispetto alla generalità degli altri casi risulterebbe contraddetta da numerose verifiche empiriche sui valori di elasticità della domanda rispetto ai prezzi d'uso dei servizi sanitari [Pauly 1986; Manning *et al.* 1987]. Gli studi generalmente mostrano che tali valori, per quanto bassi, non sarebbero comunque irrilevanti: indicativamente, per tutti i servizi sanitari considerati nell'ampio ed autorevole esperimento *Rand* [Manning *et al.* 1987], tra -0.2 e -0.1 . (Nell'esperimento risultano altresì sensibili, però, maggiori effetti nel caso della domanda dei meno abbienti e dei bambini [Lohr *et al.* 1986])².

Anche se si prescinde dal modello dei «bisogni», la questione del-

² Nel *Rand Health Insurance Experiment* gli usi e i risultati sanitari (*health outcomes*) di un campione rappresentativo della popolazione degli Stati Uniti sono stati oggetto di analisi per periodi da 3 a 5 anni, tra il 1974 e il 1982. Le 2.005 famiglie sono state assegnate a 14 differenti piani assicurativi raggruppabili in 4 categorie di regimi di finanziamento e fornitura dei servizi sanitari, distinguibili per il diverso tasso di compartecipazione alla spesa (dallo 0% al 95%). Tra i principali risultati si segnala che l'uso sembra aumentare sensibilmente all'aumentare della proporzione di spesa rimborsata (con 0 di compartecipazione si consumava fino al 40% in più rispetto ai casi con massima compartecipazione) ma senza effetti significativi sulla salute del soggetto medio. Ancora, i soggetti casualmente assegnati ad una *Health maintenance organization* (HMO, in cui, tipicamente, i ruoli di assicuratore e medico sono integrati sul lato della domanda) risultano, a parità di *outcomes* sanitari, spendere sensibilmente meno (dal 30% al 40%) rispetto ai regimi assicurativi tradizionali con compartecipazione elevata; o indurre gli stessi effetti di riduzione della spesa dei regimi con massima compartecipazione [Luft 1978]. Per contro, tra i maggiori limiti dello studio *Rand*, si possono ricordare la non inclusione della popolazione ultra-sessantenne nel campione (perché coperta dal programma pubblico *Medicare*) e l'assenza di rilevazioni sul comportamento allocativo differenziale dei fornitori al variare delle forme organizzativo-assicurative. Una sintesi dei risultati dell'esperimento, prima dispersi in oltre 250 pubblicazioni, è ora disponibile in Newhouse and the Insurance Study Group [1993].

l'informazione imperfetta o asimmetrica nel rapporto medico-paziente resta di rilievo, per i suoi effetti rispetto al grado di sovranità delle scelte dei consumatori e le connesse implicazioni di efficienza allocativa. Le caratteristiche attribuite al consumo di tutela sanitaria, di *experience* o *trust good* [Nelson 1970] comportano – si sostiene – che il paziente-consumatore si rivolga al medico come al proprio agente: nell'ipotesi che il medico scelga come avrebbe fatto il paziente se questi avesse posseduto l'equivalente grado di informazione. Ma la relazione medico-paziente come relazione d'agenzia e il grado di efficienza delle scelte che da essa procederebbero, appaiono vulnerabili ad una serie complessa di fattori [Culyer 1989]: culturali, di *bias* tecnico-professionale, di carattere finanziario. Questi ultimi, tra gli altri, assumono particolare rilievo se ed in quanto comportino fenomeni di induzione della domanda, in relazione alla variabilità dei sistemi di remunerazione medica e agli altri incentivi.

3. Rapporto di agenzia

Sulle particolarità del rapporto di agenzia nella relazione medico-paziente si può partire rilevando che nella teoria *standard* [McDonald 1984] agenti e principali si assumono avere funzioni di utilità indipendenti. Sotto condizioni di incertezza ed asimmetria informativa per poter arrivare a risultati efficienti occorre disporre di contratti ottimali componendo gli interessi dei due attori. In particolare, regole di compenso per l'agente individuate dal principale in modo da motivarlo a scelte vantaggiose per lui (*viability constraint*) e per sé medesimo (*incentive compatibility constraint*).

Secondo alcuni autori [Mooney 1991; Ryan 1992a; 1992b] il nostro caso si distinguerebbe perché le funzioni di utilità non sono ritenute del tutto indipendenti. In qualche misura alcuni degli argomenti della funzione di utilità del principale (come ad esempio lo stato di salute, variamente inteso, del paziente) sono ritenuti essere presenti anche nella funzione di utilità del medico-agente. Questo complicherebbe – si sostiene – la possibilità di individuare agevolmente sistemi ottimali di incentivo, per l'insufficiente chiarezza sulla natura ed il contenuto delle due funzioni di utilità [Mooney e Ryan 1993].

Sui possibili argomenti della funzione di utilità del paziente-principale le posizioni sono differenziate. Secondo una prima posizione [Williams 1985; 1988] l'utilità del principale verrebbe massimizzata dalla fornitura di informazione sui risultati dei trattamenti sanitari (*health outcomes*); e su questa base sarebbe il paziente – ora «perfetta-

mente informato» – a compiere scelte che andrebbero viste in sola relazione alla salute.

Secondo un'altra posizione [Evans 1984; Culyer 1989] sarebbero invece i medici-agenti gli effettivi *decision-maker*. Nella funzione del paziente-principale ora risulterebbero rilevanti come argomenti, alternativamente i risultati sanitari [Culyer 1989] o l'utilità del paziente, intesa [Evans 1984] in senso che può eccedere il solo riferimento agli stati di salute (o all'informazione funzionale al miglioramento nello stato di salute), per estendersi ai possibili «interessi» del paziente stesso (in senso ampio: compresi quelli finanziari, ad es.).

Secondo una terza posizione [McGuire *et al.* 1988; Mooney e Ryan 1993] accanto ad argomenti di utilità di risultato avrebbero rilievo argomenti di utilità di processo, connessi all'acquisizione di informazione in quanto tale e/o alle modalità con cui si svolge, sotto il profilo informativo, l'interazione medico-paziente. Il punto assumerebbe un certo rilievo non solo per le difficoltà analitiche a comporre utilità di risultato (a prima vista, di natura consequenzialista) ed utilità di processo (a prima vista, di natura non-consequenzialista) ma anche per certi suoi effetti pratici: la possibilità che l'alta disutilità associata a decisioni percepibili come molto rischiose o fortemente ansio-gene comporti in taluni casi la rinuncia da parte del paziente alla sua disponibilità ad essere completamente informato e a decidere. (Il punto risulterebbe complicato dalla forte variabilità individuale di simili comportamenti e dalla conseguente difficoltà a standardizzare i tipi di interazione e i livelli di utilità ad essi virtualmente associabili.) In questi casi, «l'offuscarsi dei diritti di proprietà» nella determinazione della funzione di utilità del consumatore [McGuire *et al.* 1988, 158] disarticolerebbe la relazione principale-agente, esponendola ai rischi di potenziale «sfruttamento» da parte del produttore.

Anche indipendentemente da quanto precede, ostacoli alla definizione di strutture ottimali di remunerazione connesse al risultato [Shavell 1979] si assocerebbero all'asserita incapacità dei pazienti di valutare il prodotto dei trattamenti ricevuti sia *ex ante* che *ex post* (anche a motivo di possibili condizioni di omeostasi e/o di alta e durevole incertezza residua sull'esito dei trattamenti). L'osservazione dello sforzo dell'agente o l'acquisizione di informazioni aggiuntive sulle sue azioni, potrebbe in taluni casi servire al principale per surrogare la valutazione del prodotto e condizionare il comportamento dell'agente in senso per sé vantaggioso. Nel nostro caso Rochaix [1989] ha proposto un modello *search* in cui con pluralità di principali e di agenti (supposti omogenei ed indistinguibili), la presenza di un nucleo di pazienti-principali informati sul trattamento ottimale e disposti

ad acquisire una «seconda opinione» forzerebbe i medici-agenti a convergere verso comportamenti allocativi meno discrezionali e prossimi a quello ottimale, esponendoli altrimenti al rischio di perdere consenso e clienti.

Insieme al modello di Coyte [1984] quello di Rochaix [1989] resta l'unico schema finora capace di trasferire al caso sanitario principi ed implicazioni *standard* dell'economia dell'informazione. Pregevole sotto il profilo analitico, soffre però sotto il profilo applicativo di limiti non trascurabili associabili alla ridotta generalità di talune sue ipotesi [Mooney e Ryan 1993]. Ancora, si potrebbe osservare che il profilo ed il livello del trattamento «ottimale» risulterebbero, nei fatti, spesso ignoti agli stessi medici-agenti [Pauly 1979; Andersen e Mooney 1990] e che un'informazione in partenza «distorta» da parte dei pazienti-principali potrebbe condurre a risultati perversi. È il caso della selezione da parte dei pazienti dei medici iper-prescrittori: se l'incremento di impegno (anziché del prodotto) del medico-agente viene controllato dal paziente-principale adottando come *proxy* (regolata anch'essa dal principio che «più» è preferibile a «meno») le quantità di servizi prescritti (ad esempio, farmaci ed analisi), la concorrenza tra medici potrebbe convergere verso livelli di trattamento tanto «ottimali» quanto finanziariamente e clinicamente discutibili.

Accanto a questo, la constatazione che i pazienti, in generale, non definiscono comunque dei contratti espliciti con i propri medici ma che sono caso mai terzi a farlo (il governo, le assicurazioni, i fondi mutualistici) suggerirebbe l'opportunità di sfruttare il potenziale di monitoraggio, sia di tipo verticale che orizzontale, dal lato dell'offerta. Ma la conclusione che tetti o protocolli istituibili da parte dei terzi paganti o controlli paritetici (*peer review*) o altre procedure di *audit* medico, siano rimedi potenzialmente effettivi non è nuova [Davidson 1980]. Fa intuire meglio, semmai, le difficoltà a conciliare in pratica esigenze sociali al limite contrastanti, come quella di ammettere, da un lato, il potere di autoregolamentazione della professione medica (in quanto istituzione diretta, in principio, a ridurre nel corpo sociale i costi dell'incertezza) e, dall'altro, di controllare gli eventuali abusi ed il possibile sfruttamento di rendite di monopolio nell'esercizio effettivo di tale potere.

4. Interdipendenze tra offerta e domanda

L'ipotesi di induzione della domanda (*supply induced demand: SID*) si riferisce alla capacità attribuita ai medici di influenzare, in au-

mento o in diminuzione, le richieste per i propri servizi e per le altre prescrizioni come reazione a modificazioni nelle condizioni di offerta (o di domanda). Le definizioni analitiche della SID sono molteplici [Parkin, Yule 1984] ma l'ipotesi generalmente si riconnette all'evidenza di associazioni positive tra tassi di utilizzo e coefficienti di offerta. Già evidenziata nella c.d. legge di Roemer [1959]: «un letto disponibile è un letto occupato», l'ipotesi di induzione è stata originariamente proposta da Fuchs e Kramer [1973] per gli Stati Uniti in riferimento, tra l'altro, all'evidenza di associazioni positive tra il numero delle visite pro-capite ed il numero dei medici pro-capite; e successivamente: tra utilizzazioni regionali dei servizi e *stock* di medici [Fuchs 1978; Cromwell, Mitchell 1986]; tra prezzi e volume dell'offerta medica [Sloan, Feldman 1978; Green 1978]. Ricerche dello stesso tenore sono state condotte da Evans [1974] per il Canada e Richardson [1981] per l'Australia. Più recentemente la SID è stata oggetto di numerosi contributi a impianto prevalentemente micro, orientati a dare conto di fenomeni quali, ad esempio, l'asserita tendenza dei medici che possiedono strumentazioni diagnostiche innovative a prescrivere più test [Crane 1992] o dei dentisti ad indurre più cure dentarie [Schaafsma 1994].

In prevalenza, l'ipotesi di induzione si applicherebbe a situazioni in cui perturbamenti esogeni nell'ambiente economico del medico tendano ad ostacolarne il comportamento massimizzante (in contesti in cui prevalga, comunque, la sovranità del consumatore; in contesti in cui prevalgono nozioni di «bisogno normativo», sarebbero eventuali fenomeni di sovra – o sotto – trattamento, piuttosto che di induzione, ad assumere rilievo).

Una versione della SID comoda a fini espositivi, prevede che in condizioni di concorrenza imperfetta e di asimmetria informativa il medico fissi un certo livello di reddito netto come obiettivo. Ad eventi perturbanti quali un aumento dell'offerta o un aumento esogeno di componenti di costo, o analoghi, egli potrebbe reagire in modo «compensativo» variando la percezione che il paziente ha del proprio bisogno (ovvero «sopravalutando» il beneficio marginale atteso dal paziente) ed inducendo (spostando «verso destra») la domanda del proprio prodotto. Analogamente, secondo una diversa versione della funzione-obiettivo (valida in casi in cui il medico sia remunerato a quota capitaria, anziché ad onorario o tariffa come nel caso precedente) se si assume che il medico tenda ad ottimizzare un certo rapporto tra reddito ed impegno di lavoro, si può postulare un effetto di diminuzione dell'accuratezza diagnostica o dell'attenzione prestata (o di qualche altra *proxy* dell'impegno di lavoro) se il reddito, per cause

esterne, tende a diminuire; a questo potrebbe associarsi uno spostamento «verso sinistra» della curva di domanda. In sostanza, l'influenza sulle domande individuali si attiverebbe in condizioni di asimmetria informativa ed in maniera simile a quanto postulato talvolta per gli effetti economici della pubblicità [Reeder 1959].

D'altra parte, la rilevanza della SID potrebbe essere messa in relazione anche ad altri argomenti, oltre quelli finanziari, che si ritiene concorrano ad orientare il processo decisionale medico. Da un lato la percezione che la professione ha della propria funzione come «impresa morale» [Freidson 1973], dall'altro il ruolo dell'incertezza nelle diagnosi [Hibbard 1971] sembrano contribuire a che la regola decisionale medica si eserciti tradizionalmente rispetto alla minimizzazione della probabilità di errare per difetto di intervento, piuttosto che per eccesso. Questo orientamento potrebbe risultare rinforzato dal concorso di altri argomenti quali: l'interesse per la ricerca scientifica; per il prestigio professionale; per l'aderenza a taluni interessi (anche finanziari) dei pazienti; per il timore di responsabilità penali. Evans [1974], Richardson [1981] e Dranove [1988] hanno mostrato come i principali limiti all'estensione del grado di induzione siano verosimilmente riconducibili al conformarsi dei medici a particolari «soglie» di pratica professionale ritenute, di volta in volta, ragionevoli ed etiche.

L'ipotesi di induzione è stata, e resta, oggetto di un dibattito molto acceso e di polemiche vivaci [Phelps 1986; Pauly 1994] sia sotto il profilo analitico-metodologico che logico-interpretativo. Le principali critiche sottendono altrettante spiegazioni alternative (anche se non mutualmente esclusive) a quella di induzione circa l'evidenza di associazioni positive tra tassi di utilizzo e coefficienti di offerta [Pauly 1980; McGuire *et al.* 1993]. Un primo gruppo di critiche si riferisce alle notevoli difficoltà di specificazione e reperimento di variabili di offerta veramente esogene; problemi analoghi si porrebbero per differenziare la domanda non-indotta da quella indotta. Da questa (ed altre) difficoltà di metodo deriverebbe l'ipotesi che l'effetto di induzione resti, in tutto o in parte, un fenomeno puramente statistico [Dranove e Wehner 1994]. Un altro tipo di critiche fa riferimento alla constatazione che non è agevole accertare se l'induzione si verifichi (o meno) usando dati che riflettono situazioni di equilibrio [Reindhart 1978]. Ove si considerino movimenti sia nell'offerta che nella domanda, un effetto di induzione può restare indistinguibile da uno spostamento in un (nuovo) equilibrio di tipo concorrenziale. Le variazioni prezzo/quantità dipenderanno in pratica dall'esatto profilo e spostamento delle curve, dal loro grado di elasticità, dalle condizioni di mercato prevalenti e dagli eventuali effetti distorsivi che le strutture

istituzionali di riferimento potranno comportare. Al riguardo, un caso spesso dibattuto [Feldstein 1970; Pauly 1980] è quello che fa riferimento nei mercati sanitari a condizioni di eccesso di domanda, in cui sarebbe arduo distinguere tra effetti «disponibilità» dovuti all'espansione dell'offerta ed effetti di induzione in senso proprio. Ancora [Satterthwaite 1982], in mercati scarsamente competitivi il più alto margine prezzo/costo attraendo più medici, potrebbe «indurre» una correlazione positiva tra offerta e prezzi. Infine l'associazione positiva tra offerta e utilizzo potrebbe essere influenzata da concomitanti variazioni nella qualità del prodotto o nelle preferenze autonome dei pazienti, nel loro reddito, condizioni di copertura, stato di salute.

In conclusione, pur con i limiti che le derivano da una sistematizzazione frammentaria, l'ipotesi di induzione resta preminente nel dibattito sulle condizioni di efficiente allocazione delle risorse in sanità. Essa riguarda un fenomeno di cui si ha ragionevole – seppur contrastata – evidenza empirica e da cui si farebbero discendere delicate implicazioni di *policy*, associabili alla responsabilità allocativa dei medici quali ordinatori di spesa³.

³ Così alcuni Stati degli Stati Uniti hanno introdotto limitazioni nell'accesso ai test prescritti da medici che possiedono strumentazioni diagnostiche particolari [Crane 1992; Hillman 1992] e la *Health care financing administration* sta valutando l'imposizione di tetti sul totale rimborsabile a livello nazionale per le procedure chirurgiche. Ma l'esempio complessivamente maggiore di politiche riconducibili all'argomento dell'interdipendenza tra offerta e domanda è forse quello delle riforme strutturali introdotte in Germania nel 1993 [United States General Accounting Office 1993]. All'inizio degli anni '90 lo sforzo fiscale già imposto dalla riunificazione, avrebbe reso politicamente improponibili ulteriori aumenti dei contributi sanitari (tendenzialmente inevitabili dato il tasso di aumento della spesa sanitaria). Diverse tra le misure di riforma del 1993 si sono perciò potute concentrare sul lato dell'offerta. Si sono introdotti dispositivi diretti a ridurre gli incentivi per i medici ad aumentare il volume dei servizi resi. Fenomeni di quest'ultimo tipo erano stati rilevati nei primi anni '90 ed imputati a reazioni compensative dei medici a precedenti misure di contenimento che prevedevano, tra l'altro, la riduzione delle tariffe. Per mantenere il proprio reddito invariato in presenza di tariffe unitarie calanti, i medici – si sosteneva – avevano aumentato il volume delle prestazioni. Al riguardo le nuove misure avrebbero comportato controlli più severi sullo sfornamento oltre il 15% degli *standard* medi previsti di servizio e prescrizioni, con sanzioni finanziarie per sforamenti oltre il 25%. Il «pacchetto» prevedeva poi un termine di cinque anni entro cui le parti (medici e Fondi federali di malattia) avrebbero dovuto implementare un sistema di allocazione territoriale delle specialità, per contrastare gli effetti di un eccesso di offerta in taluni settori. Ancora, si è fissato un *budget* globale per la farmaceutica con responsabilità finanziaria degli eventuali traboccamenti di spesa imputata all'Associazione federale dei medici e all'industria farmaceutica per 280 milioni DM ciascuno, rispettivamente da scontarsi in riduzione delle tariffe e dei prezzi dei medicinali. Oltre i 560 milioni DM verrebbero finanziariamente penalizzati i Fondi. Si

5. Offerta e produzione di tutela sanitaria

Le marcate e numerose differenze strutturali (di regime proprietario e di finanziamento, di *status* giuridico ed economico, di gerarchie decisionali, di orientamento produttivo, di localizzazione e dimensionali, ecc.) che contraddistinguono nella realtà i diversi tipi di ospedali, contribuiscono a spiegare perché dei molti contributi elaborati in tema di analisi positiva dell'impresa-ospedale, nessuno risulti tanto generale da esaurire l'insieme dell'intero settore ospedaliero. Nel complesso dei contributi, riferiti soprattutto all'esperienza statunitense, prevalgono impostazioni di tradizione marginalista, riconducibili alle varianti [Jacobs 1974] dei modelli cosiddetti di «organismo» (in cui si assume l'ospedale come un'unica entità decisionale che tende a massimizzare una sua funzione-obiettivo) e dei modelli cosiddetti di «scambio» (in cui si assume che i diversi agenti cointeressati alla conduzione dell'azienda-ospedale, usino l'attività produttiva per massimizzare proprie funzioni-obiettivo).

Tra i primi contributi sull'ospedale come organizzazione (non a scopo di lucro) il cui obiettivo è quello di massimizzare la quantità dell'attività produttiva, si ricorderà almeno il modello di Rice [1966]. Nel modello, il prodotto finale dell'ospedale è visto come un prodotto congiunto composto da servizi rispettivamente necessari alle cure e supplementari: per l'interdipendenza delle domande, la massimizzazione dei ricavi netti nella produzione dei secondi consente la massimizzazione della quantità prodotta dei primi.

I modelli di Newhouse [1970] e Lee [1971] enfatizzano invece il rilievo del fattore qualitativo. Nel primo, ormai un piccolo classico in tema di organizzazioni non-profitto, l'enfasi sulla qualità condurrebbe ad usi complessivamente inefficienti di risorse, caratterizzati da un grado tecnologicamente molto sofisticato di prestazioni sanitarie, rese però in quantità inferiore a quella ottimale: la qualità verrebbe, cioè, massimizzata a scapito della quantità. Nel secondo, l'ospedale si caratterizzerebbe per i continui acquisti di fattori costosi e per un costante eccesso di capacità, con scarico dell'onere di tali inefficienze sul livello dei prezzi.

I tre modelli visti sono tutti modelli-organismo: per Rice [1966] sono i medici a gestire l'ospedale come un'unica entità; per Lee

prevedevano poi aumenti di talune quote a carico, l'introduzione di pagamenti prospettivi negli ospedali ed altre misure dirette ad aumentare il grado di concorrenzialità tra i Fondi. Per una prima valutazione degli effetti di questi provvedimenti si veda Graf von der Schulenburg [1994].

[1971] sono gli amministratori; per Newhouse [1970] sono i medici, gli amministratori e i proprietari. Ad un esame più attento ai rapporti interni tra i diversi soggetti che possono concorrere alla gestione dell'impresa-ospedale si rivolgono i modelli di scambio, quali quelli di Pauly e Redisch (1973) e Harris [1977]. Nel primo, il grado di efficienza produttiva è visto come dipendente dal livello di collaborazione tra i medici che cooperano nell'impresa-ospedale: *stress* qualitativo ed elevati livelli di utilizzo dei fattori sarebbero, in particolare, generati da forme imperfette di cooperazione. Nel secondo, che sviluppa un'impostazione non marginalista basata sull'analisi dei diritti di proprietà e dei costi di transazione, la dinamica nell'evoluzione economico-finanziaria dell'impresa-ospedale risulterebbe determinata dal comporsi, all'interno dell'azienda, del ripetuto disequilibrio tra due sotto-imprese, una di parte medica e l'altra di parte amministrativa.

Da ultimo, andranno ricordati il modello di Feldstein [1971] sull'inflazione dei costi ospedalieri come risposta di aggiustamento dei prezzi all'eccesso di domanda; e quello di Schweitzer e Rafferty [1976] sulle implicazioni di «scrematura» della domanda associata alla coesistenza di ospedali esposti a regimi di finanziamento differenti.

In sintonia col prevalere dell'interesse per i problemi di stabilizzazione e controllo della spesa sanitaria, hanno acquistato rilievo gli studi sulle funzioni di costo e di produzione ospedaliera [Van Monfort 1981; Breyer 1987] e sul grado di concorrenzialità del settore [Noether 1988; Zwanziger 1989]. Ancora, molto lavoro di ricerca viene dedicato agli effetti finanziari e di efficienza dei sistemi di finanziamento prospettivo delle prestazioni ospedaliere, riferiti a raggruppamenti omogenei di categorie diagnostiche [Bardsley *et al.* 1987; Russell 1989], innovativi rispetto ai tradizionali sistemi retrospettivi di finanziamento fondati, in prevalenza, sull'inefficiente criterio del piè di lista [Ellis e McGuire 1993].

6. Problemi e metodi di valutazione economica in sanità

In parte sostanziale, molte delle questioni che attengono ai maggiori problemi di efficienza e finanziari nella produzione, nel consumo e nella ripartizione dei servizi sanitari, hanno origine in, o sono amplificate da, peculiari difficoltà di misurazione, comparazione e scelta negli impieghi di risorse in questo settore. Da questo punto di vista, problemi di valutazione economica – intesi come attinenti al processo attraverso il quale i costi di impieghi alternativi di specifiche risorse debbano essere confrontati con i loro risultati in termini di miglioramento nello stato di salute e/o di risparmi nelle risorse complessive –

si pongono ad ogni livello di articolazione di un qualsiasi sistema sanitario. Possono riguardare, cioè, decisioni di allocazione a livello nico-individuale, a livello di politiche cliniche, a livello di settore e politica sanitaria generale. Il raffinamento delle metodologie di valutazione economica tende a migliorare il confronto congiunto degli *input/costi* e degli *output/risultati* degli impieghi sanitari, così da informare a criteri espliciti le scelte relative.

In generale, la valutazione economica in ambito sanitario può essere intesa sia in termini di confronto prospettivo, *ex ante*, tra costi risultati attesi di diverse alternative nell'uso delle risorse, sia in termini di confronto retrospettivo, *ex post*, delle attività prestate. Nel primo caso si tende a misurare la convenienza relativa attesa dai progetti alternativi di spesa sanitaria attuati in condizioni ottimali, secondo canoni mutuabili dalle tradizionali metodologie di analisi costi-benefici. Nel secondo caso, si è più orientati a verificare il livello di convenienza relativa effettivamente raggiunto nelle condizioni di attuazione concreta delle attività e dei progetti di spesa, al fine di individuare, con sistematicità, possibili ambiti di intervento migliorativo.

Alle questioni attinenti al primo caso si rivolgono in misura prevalente gli studi, ormai numerosissimi [ad esempio: Drummond 198; Warner e Luce 1982; Drummond *et al.* 1986] che si rifanno ai metodi dell'approccio costi-benefici, nelle varianti [Drummond *et al.* 1987]: a) dell'analisi costo-efficacia - in cui i costi espressi in unità monetaria sono confrontati con i risultati espressi in unità di misura fisica; b) dell'analisi costo-utilità - in cui i costi espressi in unità monetarie sono confrontati con i risultati espressi in opportune misure di vantaggio o di utilità (in senso welfaristico o non-welfaristico); c) dell'analisi costo-beneficio - in cui i costi e i risultati sono entrambi espressi in unità monetarie.

Tra le tematiche più complesse risultano quelle connesse con la misurazione del risultato/*output* sanitario, orientata a guadagni di efficienza [Drummond 1989]. Sono stati elaborati indicatori di stato di salute e di bisogno sanitario distinguibili, grosso modo, in indicatori specifici per patologie, indicatori generali o multidimensionali, misure di utilità. Con gli indicatori generali [Walker e Rosser 1988; Teeling-Smith 1988] si cerca di estendere, su base cardinale, l'applicazione dei metodi di stima degli indicatori specifici, in prevalenza configurati su base ordinale, ad una pluralità di dimensioni della salute (dolore fisico, limitazioni funzionali, grado di energia, isolamento sociale, reazioni emotive, ecc.). Le misure di utilità [Torrance 1986] comportano singoli valori per stati di salute distinti per «qualità» su una scala ad intervalli standardizzati (lo stato «morte» risulta pari a zero; «perfetta

salute» pari ad uno; stati ritenuti peggiori della morte risultano di valore negativo).

In particolare, associando i diversi valori di utilità assegnati a differenti stati di qualità della vita (salute in termini di mobilità fisica, assenza di dolore ed angoscia, ridotta funzionalità, ecc.) a dati statistici sulla probabilità di vita, è possibile calcolare i *quality adjusted life years* (QALYS: anni di vita aggiustati per la qualità) ritraibili da differenti interventi medici. Si disporrebbe così di una misura relativamente omogenea con cui confrontare i possibili impieghi alternativi delle risorse [Williams 1985a; 1985b]. Per la delicatezza dei suoi fondamenti economici ed etici e per le sue implicazioni di politica e programmazione sanitaria, la tematica dei QALYS ha suscitato accese polemiche che restano lontane dall'esaurirsi [Broome 1993; Williams 1994].

Nel caso delle metodologie di valutazione economica retrospettiva, *ex post*, le problematiche di ricerca ed applicative sono quelle tipicamente associate alla creazione di sistemi informativi e valutativi delle attività sanitarie che risultino utili, e utilizzabili concretamente, a fini gestionali, di rendicontazione e controllo.

In sostanza essi dovrebbero servire a migliorare il grado di imputabilità delle decisioni e di verificabilità delle attività di spesa all'interno di un certo sistema, o sotto-sistema, sanitario così da permettere la giustapposizione, o il bilancio, dei dati di costo e di risultato. Sono stati elaborati sistemi di contabilità analitica dei costi sia a livello di impianto generale per centro di spesa, che a livello più articolato di *costing* clinico: per specialità o disciplina ospedaliera; per singoli clinici; per gruppi di pazienti con caratteristiche simili [Magee e Osmolski 1980; Perrin 1988]. Su queste tematiche rilevano altresì la configurazione e la sperimentazione di sistemi di *budgeting* sanitario [Bally 1982]; di *audit* medico e di verifica della qualità delle prestazioni [Williams 1993]; di valutazione retrospettiva dell'attività ospedaliera connessa ai *diagnostic related groups* [Fetter 1986; Bardsley *et al.* 1987]; nonché la costruzione ed applicazione di sistemi integrati di indicatori di *performance* (di efficienza e di efficacia) ai diversi livelli di programmazione e di governo della spesa sanitaria [Leidl *et al.* 1989].

7. Assetti alternativi di organizzazione e finanziamento dei sistemi sanitari

Ideologie sociali alternative sulla questione dell'accesso dei singoli alla tutela sanitaria, si riflettono in differenze istituzionali nell'organiz-

zazione e nel finanziamento dei servizi sanitari [Williams 1988]. Da un lato si porrebbero sistemi orientati al privato («liberali»): indirizzati in prevalenza a soddisfare i consumatori fornendo la previdenza sanitaria attraverso una struttura decentralizzata di mercati assicurativi, con razionamento in base alla disponibilità a pagare dei singoli, esteso possesso privato dei mezzi e dei processi di produzione e ristretto controllo pubblico sull'allocazione delle risorse. Dall'altro, sistemi a orientamento pubblico («egualitari»): indirizzati in prevalenza a promuovere il livello generale di salute della collettività entro assetti di mercato socializzato finanziati, per lo più, attraverso il sistema tributario generale; con esteso controllo pubblico sull'allocazione delle risorse e razionamento fissato in via amministrativa secondo criteri di bisogno sanitario.

I diversi sistemi sanitari reali possono, con una certa approssimazione, collocarsi entro queste due tipologie estreme (di cui spesso mitigano le polarità, con eccezioni che ciascun impianto di valori dominante concede alle premesse etico-sociali alternative: coesistenza di sotto-settori di mercato privato con assetti prevalentemente socializzati, e viceversa). Esemplificativo del primo sistema-tipo è comunemente ritenuto il settore sanitario degli Stati Uniti, mentre nel secondo caso il riferimento d'obbligo è al *National Health Service* britannico.

Per l'insieme dei sistemi sanitari reali dei paesi industriali, il rallentamento della crescita economica seguito alla crisi del 1973-74 si è accompagnato ad una riduzione nel tasso di incremento delle risorse destinate al settore sanitario. Intorno alla metà degli anni '80 hanno iniziato a produrre effetti le prime politiche di controllo e di contenimento della spesa sanitaria adottate sul finire degli anni '70, anche a seguito della crisi [OECD 1987]. Attualmente, pressoché tutti i sistemi mostrano in atto tendenze di riforma dirette ad attenuare le difficoltà sia finanziarie e di bilancio, sia di legittimazione e di consenso, che ancora li travagliano [OECD 1990; 1992].

I sistemi ad orientamento privato, in particolare, per effetto delle inefficienti caratteristiche di funzionamento dei mercati assicurativi – rischio morale, discriminazione dei rischi, segmentazione dell'utenza, impatto inflazionistico dei sistemi di finanziamento retrospettivo delle polizze [Thurow 1984; Pauly 1986; Besley 1989] – hanno finora mostrato tendenze ad un alto tasso di crescita della spesa congiunto a bassi gradi di estensione della copertura della popolazione. Ai sistemi ad orientamento pubblico si ascriverebbe invece di non essere stati in grado di sviluppare endogenamente incentivi adeguati al controllo dell'efficienza tecnico-organizzativa ed al soddisfacimento delle istanze degli utenti: soprattutto per gli effetti dell'assegnazione di entrambi i

ruoli di finanziamento e produzione dei servizi sanitari all'unico (o dominante) operatore pubblico [Enthoven 1985]. In tutti i sistemi permangono, inoltre, marcate disparità distributive [Le Grand 1987].

Gli schemi di riforma proposti per ovviare a questi problemi appaiono generalmente basati su varianti di un medesimo approccio. La concorrenza amministrata o guidata (*managed competition*) si fonda sul principio di permettere alle forze di mercato di giocare un ruolo incisivo nell'allocazione delle risorse, entro limiti di bilancio e redistributivi prestabiliti dall'autorità centrale. Sia nello schema dei «mercati interni» proposto per la riforma del *National Health Service* britannico [Enthoven 1991] che nella proposta Dekker di riforma del sistema assicurativo in Olanda [Hurst 1991], che in quella dello *Health Security Plan* dell'amministrazione Clinton per gli Stati Uniti [Clinton 1992; Starr 1993] risaltano cornici di regolamentazione e dispositivi finanziari comuni, diretti a «ricostruire» i mercati sanitari così da svilupparne il grado di concorrenzialità nella produzione e ripartizione delle prestazioni sanitarie [Enthoven 1988]: a) separazione istituzionale tra funzioni di finanziamento e di produzione dei servizi sanitari; b) riequilibrio del grado di informazione e del potere di mercato tra domanda ed offerta attraverso l'istituzione di *sponsor* del pubblico; c) modalità di contribuzione e finanziamento dirette ad assicurare l'universalità della copertura e a neutralizzare le spinte alla discriminazione e selezione dei rischi; d) metodi di pagamento prospettivo delle prestazioni orientati ad incentivare l'efficienza produttiva⁴.

8. La riforma del servizio sanitario nazionale

L'introduzione di una qualche sorta di concorrenza amministrata è prevista anche nel caso del SSN, afflitto per un primo aspetto, da problemi di cattivo funzionamento analoghi a quelli del NHS britannico: eccessiva centralizzazione, alta inefficienza-X e scarsa attenzione alle istanze della clientela. A questi problemi, derivanti in generale dalla scarsità nei sistemi sanitari «pubblici integrati»⁵ di incentivi ad

⁴ Nei paesi nordici (Svezia, Finlandia, Danimarca) recenti iniziative di riforma sembrano ispirarsi al modello della cosiddetta concorrenza pubblica (*public competition*), come proposta da Saltman e von Otter [1987, 1989].

⁵ L'Ocse individua otto «modelli» relativamente alle modalità di finanziamento dei servizi sanitari e di pagamento dei fornitori, distinguendo tra quelli nei quali i cittadini scelgono di partecipare in schemi assicurativi che coprono il rischio dei costi per l'assistenza sanitaria (modelli volontari) e quelli nei quali la collettività ha deciso di rendere tale partecipazione obbligatoria (modelli pubblici) [OECD 1992]. La maggior parte dei paesi ha optato per uno, o per un *mix*, dei modelli pubblici, ciò che riflette

alto potenziale sul piano della efficienza micro, si aggiungerebbero poi maggiori deficienze – peculiari del caso nazionale rispetto a quello britannico – di rendicontazione (*accountability*), derivanti dalle asimmetrie tra responsabilità di finanziamento, assegnate al centro, e decisioni di spesa, associate alla periferia, interne all'originaria architettura del Ssn⁶.

Con il riordino, si prevede che il livello di spesa totale non coincida più con il finanziamento statale: è imposto un limite prospettivo al volume del Fondo sanitario e le regioni potranno spendere oltre il trasferimento pubblico solo ricorrendo a risorse proprie e agli altri trasferimenti non vincolati. Al riassetto finanziario è associata una riallocazione funzionale e dei compiti tra Stato e Regioni. Alle seconde spettano le responsabilità di organizzare e gestire la disponibilità di servizi sanitari nel proprio territorio; al primo spetta di fissare i «livelli uniformi di trattamento» (finanziati dal Fondo sanitario) e di fornire linee-guida e *standard* per le tariffe, l'accreditamento dei fornitori, la verifica di qualità.

A differenza del caso britannico in cui è prevista l'introduzione uniforme di un modello *standard* di concorrenza amministrata⁷ nel ca-

un desiderio di compensare i limiti dei mercati assicurativi privati (legati ai fenomeni di rischio morale e di selezione avversa, ad altri problemi di efficienza allocativa e/o a motivi di solidarietà). Esistono tre modelli pubblici: l'integrato, il contrattuale e quello che prevede il rimborso dei pazienti. Il modello pubblico a rimborso comporta l'assicurazione obbligatoria con aggregazione dei rischi e contributi legati al reddito (è previsto, cioè, il sussidio alla contribuzione dei soggetti a basso reddito); la copertura assicurativa è fornita da casse mutue (non a scopo di lucro) finanziate mediante quote uniformi (per motivi di solidarietà). I fornitori sono autonomi (pubblici e privati, a scopo di lucro e non) e pagati a tariffa per prestazione direttamente dai pazienti, successivamente rimborsati dalle proprie casse mutue. I limiti del modello pubblico a rimborso risiedono nel pericolo di rischio morale (contrastabile ricorrendo allo strumento, di dubbia efficacia, della compartecipazione alla spesa), di inflazione del consumo di servizi sanitari indotta dalla ricerca di profitto e, forse, di elevati costi amministrativi. Esiste, inoltre, un problema di liquidità per i pazienti, che devono anticipare il pagamento dei fornitori. Una volta che la collettività si assuma l'onere finanziario di pagare direttamente i fornitori, può continuare a lasciare a soggetti autonomi l'erogazione dei servizi (modello pubblico contrattuale), ovvero procedere alla fase ulteriore e assorbire tali fornitori (modello pubblico integrato). È interessante osservare che le riforme sanitarie in atto in alcuni paesi comportano invece il passaggio dal modello pubblico integrato a quello contrattuale. Questo orientamento è stato sostenuto da organizzazioni internazionali quali l'OCSE [OECD 1992] e l'OMS [Artunda *et al.* 1993].

⁶ Nel caso britannico le *District Health Authorities* sono organi periferici del governo centrale; le loro attività sono sotto il controllo diretto, talvolta stringente, del centro mentre i loro Consigli di amministrazione sono nominati e revocati direttamente dal Ministro.

⁷ Lo schema dei «mercati interni» NHS risulta, in sintesi, caratterizzato da:

so nazionale le decisioni per implementare gli indirizzi pro-mercato spetteranno alle singole Regioni. Il Ministero della sanità si limiterebbe a fornire una «cornice di riferimento» e le Regioni eserciterebbero ampia autonomia nel disporre il contenuto.

I principali elementi della cornice sono i seguenti. Primo, i fornitori sono remunerati secondo tariffe stabilite dalla Regione. Secondo, si postula che «dove vanno i pazienti, lì arrivi la moneta»: si assume cioè che i pazienti possano esercitare scelte le più ampie e che queste influenzino direttamente i ricavi dei fornitori. Terzo, i fornitori devono risultare «accreditati» presso la Regione per poter trattare i pazienti SSN. Quarto, si introducono cambiamenti nelle strutture organizzativo-decisionali e nelle procedure contabili delle USL (ad es., «aziendalizzazione» delle USL e degli ospedali; presenza di un direttore generale) orientati a maggiore flessibilità operativa. Quinto, le USL sono finanziate per quota capitaria e sulla base della popolazione residente.

Ad interpretare la normativa di riordino⁸, sembra possibile postulare che le Regioni abbiano a disposizione tre modelli sostanzialmente diversi tra cui scegliere all'interno della cornice. Secondo un primo modello (definito per brevità della USL-terzo pagatore) il paziente-consumatore è virtualmente sovrano (insieme al suo medico-agente) e libero di recarsi presso qualsiasi fornitore accreditato. I fornitori, pubblici e privati, sono remunerati sulla base dei servizi resi (a tariffa) e sono in concorrenza in quanto a capacità di attrarre clientela. La USL ha il ruolo passivo di terzo pagatore che finanzia decisioni prese dai pazienti (o dai loro agenti), con poco o nullo potenziale di intervento sulla pianificazione della spesa e delle sue priorità. Sotto questo modello è arduo immaginare come una USL possa agevolmente restare nei limiti di spesa determinati dalle quote capitarie. L'esperienza dei sistemi sanitari in cui prevale la remunerazione a tariffa insegna infatti che il volume dei servizi tende inevitabilmente a crescere e/o ad addensarsi sui servizi più remunerativi [OECD 1994, 41]. Ancora, sarebbero considerevoli i costi associati con la fatturazione ed il pagamento

a) netta separazione a livello di *District Health Authority* tra funzioni di finanziamento/acquisto da un lato, e fornitura/produzione, dall'altro; b) contrattazione selettiva con i fornitori; c) finanziamento capitario; d) trasformazione degli ospedali NHS in *trusts*; e) introduzione di *budget* per i medici di base [Maynard, 1991].

⁸ Decreto legislativo 502/1992 modificato dal decreto legislativo 517/1993; legge 724/1994 (Legge finanziaria, 1995) art. 6; Atto di intesa tra lo Stato e Regioni per la definizione del Piano sanitario nazionale relativo al triennio 1994-1996, *Gazzetta ufficiale*, n. 8 (supplemento ordinario), 12.1.94; Decreto ministeriale 14.12.94 («Tariffe delle

di un alto volume di transazioni singole⁹ e con il controllo di eventuali irregolarità. La possibilità di introdurre controlli e limitazioni sul volume virtuale dei servizi (modulando le tariffe, ad esempio) comporterebbe un aggravio dei costi di transazione.

Nel breve-medio periodo i fornitori privati godrebbero verosimilmente di vantaggi nell'elasticità di adattamento (investimenti potenzialmente maggiori e più flessibili; bassi costi amministrativi; procedure di contabilità meno rigide) rispetto a quelli pubblici e avrebbero forti incentivi finanziari a «sfruttare» il modello. Sono dunque da attendersi pressioni per l'adozione di questo tipo di schema nelle Regioni con un forte settore privato e/o con una scarsa tradizione di intervento da parte del governo locale.

Il secondo modello (cosiddetto della *USL-sponsor*) prevede che la USL, quale *sponsor*, appunto, della propria utenza, faccia contratti con i fornitori scelti tra quelli accreditati col Ssn, perché in grado di offrire le migliori opzioni prezzo-qualità. I contratti sono finanziati con tariffe negoziate e specificano i servizi che devono essere forniti, le loro caratteristiche di qualità (clinica e non clinica), eventuali limiti quantitativi, requisiti di fornitura, procedure di reclamo, sanzioni. I pazienti possono scegliere tra i diversi fornitori «selezionati» e in questo caso sono sottoposti ad ordinaria compartecipazione alla spesa. Se optano per gli altri fornitori, accreditati ma non selezionati, sarebbero sottoposti a regime di assistenza indiretta. In questo caso il rimborso erogato dalle USL potrebbe essere fissato al livello delle tariffe regionali o a quello, verosimilmente più basso, delle tariffe negoziate con fornitori selezionati.

In questo modello il grado di governo della concorrenza è maggiore (e prossimo a quello prevalente negli schemi canonici di competizione amministrata); così come è potenzialmente maggiore il grado di governo della spesa a livello di USL e di Regione, e lo spazio per azioni di pianificazione delle priorità. Ma esso richiede notevoli capacità amministrative e di gestione delle risorse sia, ad esempio, nella ricerca e comparazione delle opzioni da selezionare, sia nella definizione dei bisogni e priorità per conto dell'utenza, sia nell'elaborazione ed applicazione dei contratti. Il modello sembra potenzialmente idoneo ad essere adottato da Regioni in cui il settore pubblico è domi-

prestazioni di assistenza ospedaliera»); Linee di guida sull'applicazione del d.m. 14.12.94, n. 1/95.

⁹ Ad esempio, nel 1992 si contavano circa 10.000.000 di ammissioni negli ospedali Ssn [Ministero della Sanità 1994].

nante pur in presenza di un settore privato non marginale, e dove il governo locale ha solide tradizioni di intervento.

Nel terzo modello (cosiddetto della *USL-programmatore*) la *USL* annualmente negozia una sorta di «piano» con ciascuna delle sue unità produttive: ospedali e ambulatori pubblici ed, eventualmente, fornitori privati. Per calcolare il fabbisogno che ogni unità potrà ricevere, i tassi di attività previsti nel piano sono convertiti attraverso le tariffe regionali. I tassi di attività effettivi servono ad aggiustare i livelli di finanziamento, in aumento e diminuzione, col progredire dell'anno fiscale. I pazienti sarebbero liberi di scegliere tra i fornitori; questi ultimi avrebbero un incentivo a minimizzare i costi e a massimizzare la qualità per restare nei limiti delle assegnazioni e secondo le modalità negoziate nel piano.

Il modello esalta il ruolo di programmatore della *USL* ed appare idoneo ad essere adottato da quelle Regioni in cui il settore pubblico è in condizioni di quasi-monopolio e/o che possiedono marcate tradizioni di intervento nel governo locale. Ma risulta, intuitivamente, ai limiti della concorrenza amministrata propriamente intesa: il suo carattere relativamente poco innovativo potrebbe infatti incoraggiare collusioni tra finanziatori e produttori e contribuire a perpetuare lo *status quo*.

Il riordino del *SSN* non prevede alcun dispositivo di *budgeting* clinico; misura questa considerata da molti osservatori come la innovazione più originale e interessante nella riforma britannica¹⁰. Le norme nazionali prevedono sì *budget* indicativi per le prestazioni farmaceutiche ma sulla relazione tra remunerazione dei medici di tutela primaria e dispositivi diretti al contenimento della spesa indotta restano

¹⁰ Si tratta dell'introduzione di *budget* per quegli studi di medicina generale organizzati in pratiche di gruppo (*GP Fundholding*), che operando con un numero elevato di pazienti (circa 10 mila) risultino disposti a ricevere maggiori remunerazioni capitarie a fronte della responsabilità di gestire direttamente i fondi assegnati per provvedere i propri assistiti con un insieme completo di servizi. Questi potranno essere prodotti direttamente dallo studio oppure negoziati sul mercato costituito dagli altri produttori. Nel caso del *GP Fundholding*, lo schema originario di riferimento è quello delle *HMO* statunitensi, in cui per effetto della gestione in compartecipazione delle diverse attività sanitarie, agirebbe l'incentivo ad adottare stili medici più parsimoniosi: così da mantenere bassi i costi complessivi a fronte del finanziamento fissato prospettivamente e acquisire un risultato positivo di gestione, da reinvestire nella pratica medica. Risultati del genere sono, in linea di principio, perseguibili sia riducendo le inefficienze nel ricorso ai servizi prodotti esternamente attraverso una più attenta co-gestione da parte dei sanitari delle prestazioni fornite ai singoli pazienti, sia sostituendo l'acquisto di prestazioni esterne con l'auto-produzione dei servizi [Bally 1982; Glennerster *et al.* 1994].

estremamente vaghe. In queste condizioni, c'è da ritenere che l'introduzione degli schemi di concorrenza amministrata avvenga lasciando pressoché immutati gli incentivi che governano le decisioni dei maggiori attori del processo di determinazione della spesa; e sulla base di un vigoroso atto di fede nella capacità dei pazienti, e dei medici loro agenti, di compiere scelte clinicamente informate e finanziariamente avvertite.

Va poi osservato che il finanziamento per semplice quota capitaria pone in prospettiva problemi di perequazione nella ripartizione delle risorse tra popolazioni numericamente eguali ma differenziate in termine di rischiosità individuali; e che anche indipendentemente da ciò esso può costituire un incentivo alla «scrematura dei rischi» all'interno di un dato bacino di utenza.

Le tariffe sono in corso di determinazione a livello regionale sulla base di dati campionari di costo (ove disponibili) e molto lavoro potrà essere necessario per ampliare e raffinare le basi dei dati in modo da evitare maggiori distorsioni nell'allocazione delle risorse. Alle difficoltà, particolarmente pesanti in alcune Regioni, di arrivare al gennaio 1998 attrezzate per la piena attuazione delle tariffe si potranno aggiungere per le USL i problemi di imparare ad esercitare efficacemente il nuovo ruolo di finanziatore/acquirente. Sotto questo profilo c'è da segnalare il rischio che i costi dell'innovazione spingano alla collusione tra USL e fornitori pubblici; e/o il pericolo che la più agevole misurabilità dei costi rispetto alla qualità tenda ad indurre risparmi nei primi a scapito della seconda. Nella riforma sono comunque previsti meccanismi di verifica della qualità.

Ancora, in molte Regioni, date le dimensioni del mix pubblico-privato, la concorrenza – quale che si attivi – avverrà principalmente tra fornitori pubblici. Data l'attuale presenza di capacità in eccesso, miglioramento dell'efficienza produttiva potrà imporre chiusure o riconversioni di unità ed impianti, con problemi di mobilità e di presumibile forte resistenza al cambiamento a livello locale. Occorre poi ricordare che la cornice di riferimento proposta dal governo centrale dice poco o nulla su come la concorrenza verrà effettivamente amministrata. Potrebbe, ad esempio, rivelarsi opportuno lo svolgimento di un ruolo di regolamentazione del grado di potere monopolistico, livello sovraregionale, che distinte unità produttive potrebbero aver acquisito in specifici campi clinici. Ma in un sistema decentralizzato l'implementazione di una simile funzione di regolamentazione dal centro potrebbe rivelarsi problematica.

Infine resta da ricordare che alle iniziative in tema di indirizzi pro-concorrenziali provenienti dal centro, le Regioni hanno finora ri-

servato, nel complesso, un'accoglienza piuttosto tiepida. La regionalizzazione del finanziamento, d'altra parte, avrebbe potuto essere introdotta senza la concorrenza amministrata. Una strategia alternativa avrebbe potuto concentrarsi sui possibili miglioramenti da apportare al modello pubblico integrato, ad esempio affrontando direttamente i problemi degli incentivi nei meccanismi di finanziamento dei fornitori e la questione dei cospicui diritti di proprietà detenuti dallo *staff*. Essendosi di fatto adottato un orientamento pro-concorrenziale è comunque da valutarsi non negativamente l'assenza di un unico schema di riferimento. Nell'auspicio che le possibilità di sperimentazione permettano alle potenzialità della decentralizzazione di dispiegarsi al meglio.

9. Riforme ed economia delle riforme

Sui rapporti tra analisi economica e riforme pro-mercato in sanità può essere utile distinguere tra fase di progetto (*ex ante*) e di attuazione (*ex post*) delle misure. In uno dei pochi casi in cui entrambe le fasi si sono esaurientemente materializzate, quello del Regno Unito, prevale l'opinione [Day e Klein 1991] che l'apporto sia stato, tutto considerato, abbastanza ridotto sotto il profilo sostanziale. Non tanto nel senso che sia mancata l'influenza di idee ed analisi rivolte alle inefficienze dell'operatore pubblico [cfr., ad esempio, Enthoven 1985]. Ma piuttosto nel senso che le soluzioni abbastanza radicali che ne sono derivate – i «mercati interni», come variante applicativa della concorrenza amministrata – sarebbero state accettate rapidamente e con poca discussione. Marmor e Maynard [1994, 7] parlano al riguardo di «un caso di teoria pressoché pura trapiantata senza tener conto del contesto in cui veniva inserita ed in assenza sia di valutazione critica che di prove esaurienti della sua efficienza». Gli autori associano a quello britannico i governi di Svezia, Francia, Nuova Zelanda ed Australia in ciò che giudicano un'adozione troppo disinvolta ed acritica degli indirizzi pro-mercato.

L'OECD [1992] e la Banca Mondiale [World Bank 1993] hanno anch'essi rapidamente sposato la causa dei mercati in sanità; ma l'OECD in particolare si è fatto di recente più cauto. Rilevante è il suo commento che la disponibilità di taluni governi ad adottare il modello pubblico contrattuale¹¹ «testimonia fede o nella saggezza del

¹¹ Cfr. *supra*, nota 5.

governo britannico che lo ha introdotto o nella teoria sottostante alle riforme; il che è tanto più rimarchevole vista l'assenza di unanimità tra gli osservatori sia sugli effetti positivi della concorrenza quale si è manifestata, sia sui benefici sostanziali di mercati ancora più competitivi» [OECD 1994b, 50].

Le ragioni di una simile diffusa accoglienza si ascrivono ad una pluralità di cause [Glennister e Le Grand 1995]. Tra le più plausibili si individuerebbero l'urgenza politica di dover disporre di un rapido rimedio con cui affrontare i problemi della persistente tendenza della spesa sanitaria a crescere in termini reali, a fronte di tassi di crescita complessiva in rallentamento. Ed anche quella di tentare di comporre le tensioni tra risorse scarse e crescenti richieste dei pazienti, soprattutto appartenenti ai ceti medi, nell'ipotesi che il costo del *welfare* ecceda ormai la disponibilità dei contribuenti.

Per un altro aspetto si è suggerito [Wilsford 1994], con riferimento al Regno Unito e alla Germania, che in alcuni paesi una serie di condizioni di contesto particolari, e forse irripetibili, si sono combinate per rendere fattibili cambiamenti istituzionali che nell'ordinario sarebbero stati politicamente improponibili: le politiche sanitarie sono state spinte fuori dal loro normale percorso e spostate su una nuova «traiettoria».

Risulterebbe in ogni caso di momento abbastanza limitato l'apporto degli economisti allo stadio progettuale delle riforme. Williams [1990, 190] nel caso britannico concludeva su questo punto affermando che il Ministero della sanità era esclusivamente interessato a ricevere pareri diretti a far funzionare le proprie proposte: «le controproposte non figuravano in agenda».

Il carattere fortemente schematico nel profilo delle riforme ha peraltro invitato a commenti, molto numerosi, e ad anticipazioni sugli aspetti di implementazione. I primi lavori di carattere valutativo generalmente vertevano sul tentativo di formalizzare in termini economici le proposte di riforma e di prevederne gli effetti finanziari e di efficienza [House of Commons 1989; Bevan 1989a; 1989b; Bevan e Mairinker 1989; Brazier, 1989]. Le analisi seguono in prevalenza approcci di microeconomia neoclassica *standard*, con l'eccezione di pochi casi [Bevan 1989a; 1989b; Bartlett 1991] in cui gli autori adottano taluni strumenti analitici dell'approccio neo-istituzionale (diritti di proprietà, costi di transazione), nella direzione originariamente indicata da Evans [1981].

Con l'estendersi delle riforme e del loro grado di applicazione in paesi diversi, l'OECD e l'OMS hanno prodotto studi di rassegna comparata: dapprima in sette [OECD 1992] poi in altri diciassette paesi

[OECD 1994b; si veda anche Tragakes e Vienonen 1994]. L'alta eterogeneità dei sistemi sanitari considerati ha favorito il potenziale descrittivo-interpretativo degli studi, ma ne ha anche ridotto l'idoneità a raggiungere generalizzazioni penetranti. Il quadro risulterebbe tanto variegato da far contare sulla disponibilità di «esperimenti naturali» in corso a livello internazionale: così da testare quelle strategie di riforma i cui dispositivi-chiave siano in prova nell'uno o nell'altro paese, anche se non tutti nello stesso momento e paese. Questo forse spiegherebbe perché l'OECD affermi – senza apparentemente scontentare problemi di second best – che «lo stabilirsi di un mercato dei fornitori sotto il modello pubblico contrattuale non è una strategia ad alto rischio, dato che tutte o quasi tutte le sue componenti sono state sperimentate in un paese o nell'altro» [OECD 1992, 150].

Sono poi apparsi diversi studi di carattere comparativo rivolti a fornire specifiche indicazioni su particolari problemi attuativi. Ne è un esempio il lavoro di Culyer e Posnett [1990] sulla regolamentazione delle tariffe ospedaliere negli Stati Uniti, mirato ad offrire un riferimento valutativo per il piano del governo britannico di regolamentazione dei prezzi dei servizi ospedalieri nei «mercati interni» al NHS. Nello stesso senso Propper (1994) ha esaminato l'argomento dei contratti ad incentivo per una distribuzione ottimale dei rischi tra fornitori ed acquirenti. In altri lavori si è affrontato il problema della «concorrenza sui rischi» e della «scrematura» dei pazienti, questioni ormai riconosciute come centrali per la concorrenza amministrata sia in contesti mutualistico-assicurativi [Van de Ven e Van Vliet 1992] che in quelli pubblici con finanziamento capitaro della spesa [Van de Ven 1995].

A tutt'oggi, gli studi maggiormente attinenti alle fasi *ex post* delle riforme scontano comunque la scarsità di evidenze «dirette» sugli effetti dei provvedimenti, per l'inevitabile parzialità di implementazione. Bartlett e Le Grand [1994a] nel caso dei *trust* NHS e Bartlett e Harrison [1994] nel caso della separazione tra funzioni di finanziamento e produzione nelle *District Health Authorities*, adottano un approccio «indiretto», con lo specificare criteri e condizioni da verificare per postulare un soddisfacente funzionamento dei mercati interni¹².

¹² I criteri sono: 1) efficienza tecnica; 2) comprensività; 3) grado di scelta; 4) equità. Le condizioni riguardano: a) alto numero di acquirenti e fornitori (o condizioni di contendibilità nel mercato); b) informazione sufficiente e simmetrica; c) moderati costi di transazione; d) ridotta incertezza nell'ambiente istituzionale; e) fornitori

Il progredire della fase attuativa ha poi reso possibili lavori empirici su componenti e aspetti specifici delle riforme. Ne sono esempi i recenti lavori di Matsaganis e Glennerster [1994] sui problemi di selezione dei rischi emergenti nel NHS riformato; di Propper [1995] sulle politiche di prezzo praticate da differenti tipi di ospedali NHS; di Van Vliet, Van Barneveld e Van de Ven [1995] sulla riassicurazione obbligatoria come disincentivo alla «concorrenza sui rischi» in contesti mutualistico-assicurativi.

Infine l'approccio di economia di organizzazione è stato portato avanti nel tentativo di estendere alle attività dell'operatore pubblico analisi finora applicate al settore privato [Williamson e Winter 1991] e basate sui costi di transazione e diritti di proprietà quali determinanti del mix gerarchie (comando) mercati (scambio) nella struttura delle istituzioni. Bevan [1989a] e Bartlett [1991] avevano proposto prime analisi delle riforme NHS in termini di effetti sui costi di transazione. Bariletti e France [1994] evidenziano il rischio che la de-integrazione comporti, contrariamente alle attese dei riformatori, un aumento della spesa complessiva per l'eccesso dei costi «esterni» di transazione (costi associati all'incremento del ricorso ai mercati) sui risparmi nei costi «interni» di transazione (associati alla contrazione nel ricorso alle gerarchie). Bevan [1995] ha prodotto prime stime quantitative dei costi di transazione generati sotto il nuovo NHS, suggerendo che essi ammontino ad almeno i due quinti dell'aumento di spesa tra il 1990-91 ed il 1993-94. Bevan, Bartlett e Murphy [1995] espongono una prima formalizzazione delle implicazioni delle riforme sulla distribuzione dei diritti di proprietà. Bariletti e France [1995] mettono in evidenza l'ambiguità dei risultati cui condurrebbe un approccio con costi di transazione all'efficienza complessiva delle riforme, nell'assenza di espliciti pesi distributivi da assegnare ai guadagni ed alle perdite generati dalla riorganizzazione «politicamente orientata» di un sistema sanitario.

Quest'ultimo punto invita ad una riflessione conclusiva più generale in tema di analisi delle riforme. Una questione che non ha certo facilitato il lavoro di analisi sugli indirizzi pro-concorrenziali in sanità, e che si può ragionevolmente ritenere tenderà a persistere almeno nel

motivati da incentivi finanziari ed acquirenti sensibili alle istanze dei pazienti; *f*) limitazioni alle potenzialità di scrematura dei rischi [Bartlett e Le Grand 1994b]. L'approccio è di second best nel senso che l'assenza di una delle condizioni non comporta che si raggiunga un ottimo soddisfacendo le altre: ad esempio, l'assenza della condizione *b*) suggerirebbe di rivedere la condizione *e*). Una prima versione dell'approccio «indiretto» si trova in Brazier, Hutton e Jeavons [1990].

medio termine, riguarda il modo ambivalente in cui gli schemi di concorrenza amministrata sono stati percepiti e varati. Da un lato, si è verosimilmente pensato di poter avviare con facilità mercati potenzialmente concorrenziali. Dall'altro, i governi si sono mostrati riluttanti ad accettare pienamente la logica e gli effetti che ciò comportava: e cioè che i mercati «costano», che producono vincitori ma anche perdenti, e che mantengono inevitabilmente forti tratti di incertezza. Questo sembra avere indotto i governi, per così dire, ad «armeggiare» con i mercati amministrati ed ha probabilmente prodotto risultati che sono ancora lontani dal possedere caratteristiche di secondo ottimo. Le possibilità di sperimentazione in corso, come si ricordava, non fanno escludere miglioramenti. Ma l'invito alla cautela nelle analisi resta altamente raccomandabile; almeno fintantoché si possa ragionevolmente sospettare che «troppi incentivi non invitati» (per dirla con Morone [1986, 818]) possano restare dissimulati in un qualsiasi cambiamento effettivo di *policy*.

Riferimenti bibliografici

- Andersen, T. F. e Mooney, G. (a cura di) (1990), *The Challenges of Medical Practice Variations*, London, Macmillan.
- Arrow, K. (1963), *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*, in «American Economic Review», 53, pp. 941-973.
- Artunda, C. et al. (a cura di) (1993), *Health Care Reforms in Europe*, Copenhagen, Organizzazione Mondiale della Sanità.
- Bally, Y. (1982), *Clinical Budgeting in the NHS*, Aberdeen, University of Aberdeen, Health Economics Research Unit Discussion Paper 05/82.
- Bardsley, M. et al. (1987), *DRGs and Health Care*, London, King Edward's Hospital Fund.
- Bariletti, A. e France, G. (1994), *Riforme Pro-concorrenziali per il Settore Sanitario ed Economia dell'Organizzazione*, in «Giornale degli Economisti e Annali di Economia», n.s., LIII, 1-3, pp. 51-80.
- (1995), *Transaction Cost Economics and Efficiency in Health Reform: The Case of Italy*, Relazione presentata alla Third European Conference on Health Economics, Stoccolma, 20-22 agosto 1995.
- 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 for Advanced Urban Studies.
- Barlett, W. e Harrison, L. (1994), *Quasi-Markets and the National Health Service Reforms*, in J. Le Grand e W. Bartlett (a cura di), *Quasi-Markets and Social Policy*, London, Macmillan, pp. 68-92.
- Bartlett, W. e Le Grand, J. (1994a), *The Theory of Quasi-Markets*, in J. Le

- Grand e W. Bartlett (a cura di), *Quasi-Markets and Social Policy*, London, Macmillan, pp. 13-34.
- (1994b), *The Performance of Trusts*, in R. Robinson e J. Le Grand (a cura di), *Evaluating the NHS Reforms*, London, King's Fund Institute, pp. 54-73.
- Berki, S. E. (1972), *Hospital Economics*, Lexington, Lexington Books.
- Besley, T. (1989), *The Demand for Health Care and Health Insurance*, in «Oxford Review of Economic Policy», 5, pp. 21-33.
- Bevan, G. (1989a), *The Government's Proposals for Hospitals*, in G. Bevan e M. Marinker, *Greening the White Paper*, London, Social Market Foundation, pp. 18-26.
- (1989b), *Reforming UK Health Care: Internal Markets or Emergent Planning*, in «Fiscal Studies», 10, pp. 53-71.
- (1995), *What Have Been the Transaction Costs of the NHS Market?*, Bristol, University of Bristol, Department of Social Medicine (mimeo).
- Bevan, G., Bartlett, W. e Murphy, S. (1995), *Transactors, Property Rights and Competition in the NHS Market*, Relazione presentata alla Third European Conference on Health Economics, Stoccolma, 20-22 agosto 1995.
- Bevan, G. e Marinker M. (1989), *Greening the White Paper*, London, Social Market Foundation.
- Brazier, J. (1989), *The White Paper and the NHS: How Much Competition Will There Actually Be?*, in A. Harrison e J. Gretton (a cura di), *Health Care UK 1989*, Hermitage, Berks, Policy Journals, pp. 49-53.
- Brazier, J., Hutton, J. e Jeavons, R. (1990), *Evaluating the Reform of the NHS*, in A. J. Culyer, A. K. Maynard e J. W. Posnett (a cura di), *Competition in Health Care: Reforming the NHS*, London, Macmillan, pp. 216-236.
- Breyer, F. (1987), *The Specification of a Hospital Cost Function*, in «Journal of Health Economics», 6, pp. 147-158.
- Broome, J. (1993), *QALYS*, in «Journal of Public Economics», 50, pp. 149-167.
- Buchanan, J. (1965), *The Inconsistencies of the National Health Service*, London, Institute of Economic Affairs.
- Clinton, B. (1992), *The Clinton Health Care Plan*, in «New England Journal of Medicine», 327, pp. 804-807.
- Coyte, P. C. (1984), *The Market for Medical Services and Physicians: An Application of Hedonic Price Theory*, Edmonton, Research Paper, University of Alberta, Department of Economics.
- Crane, T. (1992), *The Problem of Physician Self-Referral Under the Medicare and Medicaid Antikickback Statute*, in «Journal of the American Medical Association», 268, pp. 85-91.
- Cromwell, J. e Mitchell (1986), *Physician-Induced Demand for Surgery*, in «Journal of Health Economics», 5, pp. 293-313.
- Cullis, J. S. e West, P. A. (1979), *The Economics of Health*, Oxford, M. Robertson.
- Culyer, A. J. (1971), *The Nature of the Commodity «Health Care and its Efficient Allocation»*, in «Oxford Economic Papers», 23, pp. 189-211.

- (1976), *Need and the National Health Service*, Oxford, M. Robertson.
- Culyer, A. J. e Posnett, J. (1990), *Hospital Behaviour and Competition*, in A. J. Culyer, A. K. Maynard e J. W. Posnett (a cura di), *Competition in Health Care: Reforming the NHS*, London, Macmillan, pp. 12-47.
- Culyer, A. J. (1989), *The Normative Economics of Health Care and Provision*, in «Oxford Review of Economic Policy», 5, pp. 34-58.
- Davidson, M. (1980), *Medicaid Decisions: A Systematic Study of the Cost Problem*, Cambridge, Ballinger.
- Day, P. e Klein, R. (1991), *Britain's Health Care Experiment*, in «Health Affairs», 10, 3, pp. 39-59.
- Dranove, D. (1988), *Demand Inducement and the Physician/Patient Relationship*, in «Economic Inquiry», 26, pp. 281-298.
- Dranove, D. e Wehner, P. (1994), *Physician-Induced Demand for Childbirths*, in «Journal of Health Economics», 13, pp. 61-73.
- Drummond, M. F. (1981), *Studies in Economic Appraisal in Health Care*, Oxford, Oxford University Press.
- (1989), *Output Measurement for Resource Allocation Decisions in Health Care*, in «Oxford Review of Economic Policy», 5, pp. 59-74.
- Drummond, M. F. et al. (1986), *Studies in Economic Appraisal in Health Care*, vol. 2, Oxford, Oxford University Press.
- (1987), *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programs*, Oxford, Oxford University Press.
- Ellis, R. P. e McGuire, T. G. (1993), *Supply-Side and Demand-Side Cost Sharing in Health Care*, in «Journal of Economic Perspectives», 7, pp. 135-151.
- Enthoven, A. (1985), *Reflections on the Management of the National Health Service*, London, Nuffield Provincial Trust.
- (1988), *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*, Amsterdam, North-Holland.
- (1991), *Internal Markets Reform of the British National Health Service*, in «Health Affairs», Fall, pp. 60-70.
- Evans, R. G. (1974), *Supplier-Induced Demand: Some Empirical Evidence and Implications*, in M. Perlman (a cura di), *The Economics of Health and Medical Care*, London, Macmillan.
- (1981), *Incomplete Vertical Integration: The Distinctive Structure of the Health Care Industry*, in J. V. der Gaag e M. Perlman (a cura di), *Health, Economics and Health Economics*, Amsterdam, North Holland, pp. 329-354.
- (1984), *Strained Mercy in Health Care*, in «Journal of Health Economics», 12, pp. 125-135.
- Feldstein, M. S. (1967), *Economic Analysis for Health Services Efficiency*, Amsterdam, North-Holland.
- (1970), *The Rising Prices of Physicians' Services*, in «Review of Economics and Statistics», 52, pp. 121-133.
- (1971), *Hospital Cost Inflation: A Study of Non-Profit Dynamics*, in «American Economic Review», 61, pp. 853-872.

- Felstein, P. J. (1979), *Health Care Economics*, New York, John Wiley & Sons.
- Fetter, R. B. et al. (1986), *Diagnosis Related Groups: Product Line Management Within Hospitals*, in «Academy of Management Review», 11, pp. 41-54.
- Freidson, E. (1973), *The Professional Construction of Concepts of Illness*, New York, Dodd & Mead.
- Fuchs, V. (1978), *The Supply of Surgeons and the Demand for Surgical Operations*, in «Journal of Human Resources», 13, pp. 35-56.
- Fuchs, V. R. e Kramer, R. (1973), *Determinants of Expenditure for Physician's Services in the United States: 1948-68*, National Bureau for Economic Research, Occasional Paper No. 177.
- Glennister, H. et al. (1994), *GP Fundholding: Wild Card or Winning Hand*, in R. Robinson, J. Le Grand (a cura di), *Evaluating the NHS Reforms*, London, King's Fund Institute, pp. 74-106.
- Glennister, H. e Le Grand, J. (1995), *The Development of Quasi-Markets in Welfare Provision in the United Kingdom*, in «International Journal of Health Services», 25, 2, pp. 203-218.
- Glennister, H. e Matsaganis, M. (1994), *The English and Swedish Health Care Reforms*, in «International Journal of Health Services», 24, 2, pp. 231-251.
- Graf Von Der Swchulenburg, J. M. (1994), *Forming and Reforming the Market for Third Party Purchasing Health Care: A German Perspective*, in «Social Science and Medicine», 39, pp. 1473-1482.
- Green, J. (1978), *Physician-Induced Demand for Medical Care*, in «Journal of Human Resources», 13, pp. 21-34.
- Grossman, M. (1972), *The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation*, New York, National Bureau for Economic Research, Columbia University Press.
- Harris, J. (1977), *The Internal Organization of Hospitals: Some Economic Implications*, in «Bell Journal of Economics», 8, pp. 467-482.
- Hibbard, T. (1971), *Insurance and the Optimal Distribution of Medical Care*, in «Western Economic Journal», 9, 3.
- Hillman, B. (1992), *Physician Utilization and Charges for Outpatient Diagnostic Imaging in a Medicare Population*, in «Journal of the American Medical Association», 268, pp. 2050-2054.
- House of Commons (1989), *Organising Health Service Provision: Drawing on Experience*, London, House of Commons, Select Committee on Social Services (ciclostilato).
- Hurst, J. (1991), *Reforming Health Care in Seven European Nations*, in «Health Affairs», Fall, pp. 8-21.
- Jacobs, P. (1974), *A Survey of Economic Models of Hospital*, in «Inquiry», 11, pp. 83-97.
- Klarman, H. (1965), *The Economics of Health*, New York, Columbia University Press.
- Le Grand, J. (1987), *Inequalities in Health: Some International Comparisons*, in «European Economic Review», 31, pp. 182-191.

- Lee, M. L. (1971), *A Conspicuous Production Theory of Hospital Behavior*, in «Southern Economic Journal», 38, pp. 48-58.
- Leeds, D. S. (1961), *Health Through Choice*, London, Institute of Economic Affairs.
- Leidl, R. et al. (1989), *Performance Indicators in Health Care*, München, Gsf-Bericht, 8/89.
- Lohr, K. N. et al. (1986), *Use of Medical Care in the Rand Health Insurance Experiment*, in «Medical Care», 24 (supplement).
- Luft, H. (1978), *How Do H.M.O's Achieve their Savings?*, in «New England Journal of Medicine», 298, pp. 1336-1343.
- Magee, C. C. e Osmolski, R. (1980), *Manual of Procedures for Specialty Costing*, Cardiff, University College.
- Maynard, A. (1991), *Developing the Health Care Market*, in «Economic Journal», 101, pp. 1277-1286.
- Manning, W. G. et al. (1987), *Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment*, in «American Economic Review», 77, pp. 251-277.
- Marmor, T. R., Maynard, A. (1994), *Cross-National Transfer of Health Policy Ideas: The Case of Managed Competition*, Relazione presentata allo Study Group 19, Comparative Health Policy, Berlino, 21-25 agosto 1994.
- Matsaganis, M. e Glennerster, H. (1994), *The Threat Of 'Cream Skimming' in the Post-Reform NHS*, in «Journal of Health Economics», 13, pp. 31-60.
- McDonald, G. M. (1984), *New Directions in the Economic Theory of the Agency*, in «Canadian Journal of Economics», 17, pp. 415-40.
- McGuire, A. et al. (1989), *The Economics of Health Care*, in «Oxford Review of Economic Policy», 5, pp. 1-20.
- McGuire, A., Henderson, J. e Mooney, G. (1988), *The Economics of Health Care*, London, Routledge & Kegan Paul.
- Ministero della Sanità (1994), *Attività Gestionale ed Economiche delle Usl - Anno 1992*, Roma, Servizio Centrale della Programmazione Sanitaria.
- Mooney, G. (1991), *Agency in Health Care: What's the Maximand?*, Aberdeen, University of Aberdeen, Health Economics Research Unit Discussion Paper 08/91.
- Mooney, G. e Ryan, M. (1993), *Agency in Health Care*, in «Journal of Health Economics», 12, pp. 125-135.
- Morone, J. (1986), *Seven Laws of Policy Analysis*, in «Journal of Policy Analysis and Management», 5, 4.
- Nelson, R. (1970), *Information and Consumer Behavior*, in «Journal of Political Economy», 78, pp. 311-329.
- Newhouse, J. (1970), *Towards a Theory of Non-Profit Institutions: An Economic Model of an Hospital*, in «American Economic Review», 60, pp. 64-74.
- Newhouse, J. P. e The Insurance Experiment Group (1993), *Free for All? Lessons from the Rand Insurance Experiment*, Cambridge, Harvard University Press.
- Newhouse, J. P. e Phelps, C. (1974), *Price and Income Elasticities for Medical*

- Services, in M. Perlman (a cura di), *The Economics of Health and Medical Care*, London, IEA Macmillan.
- Noether, M. (1988), *Competition Among Hospitals*, in «Journal of Health Economics», 7, pp. 259-284.
- OECD (1987), *Financing and Delivering Health Care*, Paris, OECD.
- (1990), *Health Care System in Transition*, Paris, OECD.
- (1992), *The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven Countries*, Paris, OECD.
- (1994a), *Health Care Reform: Controlling Spending and Increasing Efficiency*, (Documento preparato per il Working Party N. 1 of the Economic Policy Committee, ECO/CPE/WP1 (94/7), settembre, 1994.
- (1994b), *The Reform of Health Care Systems: A Review of Seventeen OECD Countries*, Paris, OECD.
- Parkin, D. W. e Yule, B. F. (1984), *Economic Interpretations of Supplier - Induced Demand*, Aberdeen, University of Aberdeen, Health Economics Research Unit Discussion Paper, 03/84.
- Pauly, M. V. (1979), *What is Unnecessary Surgery?*, in «Milbank Memorial Fund Quarterly Bulletin», 57, pp. 95-117.
- (1980), *Doctors and Their Workshops*, Chicago, University of Chicago Press.
- (1986), *Taxation, Health Insurance and Market Failure in the Medical Economy*, in «Journal of Economic Literature», XXIV, pp. 629-675.
- (1994), *A Re-examination of the Meaning and Importance of Supplier-Induced Demand*, in «Journal of Health Economics», 13, pp. 369-372.
- Pauly, M. V. e Redisch, M. (1973), *The Not-For-Profit Hospital as a Physicians' Cooperative*, in «American Economic Review», 63, pp. 87-100.
- Perrin, J. (1988), *Resource Management in the NHS*, London, Health Services Management Centre.
- Phelps, C. (1986), *Induced Demand: Can We Ever Know Its Extent?*, in «Journal of Health Economics», 5, pp. 355-356.
- Posner, R. (1987), *The Law and Economics Movement*, in «American Economic Review», 77, pp. 1-13.
- Propper, C. (1994), *Quasi-Markets, Contracts and Quality in Health and Social Care: The US Experience*, in J. Le Grand e W. Bartlett (a cura di), *Quasi-Markets and Social Policy*, London, Macmillan, pp. 35-67.
- (1995), *Market Structure and Prices: The Responses of Hospitals in the U.K. National Health Service to Competition*, Bristol, University of Bristol, Department of Economics Discussion Paper No. 95/390.
- Reder, M. (1959), *Studies in the Theory of Welfare Economics*, New York, Columbia University Press.
- Rice, R. (1966), *An Analysis of the Hospital as an Economic Organization*, in «Modern Hospital», 106, pp. 87-91.
- Richardson, W. (1981), *The Inducement Hypothesis: That Doctors Generate Demand for Their Own Services*, in J. Van der Gaag e M. Perlman (a cura di), *Health, Economics and Health Economics*, Amsterdam, North Holland.

- Rochaix, L. (1989), *Information Asymmetry and Search in the Market of Physician Services*, in «Journal of Health Economics», 8, pp. 53-84.
- Roemer, M. (1959), *Hospital Costs Relate to the Supply of Beds*, in «Modern Hospital», 92, pp. 71-73.
- Russell, L. B. (1989), *Medicare's New Hospital Payment System*, Washington, D.C., The Brookings Institution.
- Ryan, M. (1992a), *The Agency Relationship in Health Care*, Aberdeen, University of Aberdeen, Health Economics Research Unit, Discussion Paper, 02/92.
- (1992b), *The Economic Theory of Agency in Health Care*, Aberdeen, University of Aberdeen, Health Economics Research Unit Discussion Paper 03/92.
- Saltman, R. e Von Otter, C. (1987), *A Proposal for Public Competition in Sweden*, in «Health Policy», 7, pp. 21-40.
- (1989), *Public Competition Versus Mixed Markets*, in «Health Policy», 10, pp. 1-13.
- Satterthwaite, M. (1982), *Competition and Equilibrium as a Driving Force in the Health Service Sector*, Northwestern University (mimeo).
- Schaafsma, J. (1994), *A New Test for Supplier-Inducement and Application to the Canadian Market for Dental Care*, in «Journal of Health Economics», 13, pp. 407-431.
- Schavell, S. (1979), *Risk Sharing and Incentives in the Principal and Agent Relationship*, in «Bell Journal of Economics», 10, pp. 55-73.
- Schewitzer, S. e Rafferty, J. (1976), *Variations in Hospital Product: A Comparison of Proprietary and Voluntary Hospitals*, in «Inquiry», 13, pp. 194-198.
- Sloan, F. A. e Feldman, R. (1978), *Competition among Physicians*, in W. Greenberg (a cura di), *Competition in the Health Care Sector*, Proceedings of a Conference Sponsored by the Bureau of Economics, Federal Trade Commission, Aspen, Germantown.
- Somers, H. e Somers, A. (1968), *Doctors, Patients and Health Insurance*, Washington, D.C., The Brookings Institution.
- Starr, P. (1993), *The Framework of Health Care Reform*, in «New England Journal of Medicine», 25, pp. 1666-1672.
- Teeling-Smith, G. (1988), *Measuring Health*, Chichester, John Wiley & Sons.
- Thurow, L. (1984), *Learning to Say 'No'*, in «New England Journal of Medicine», 311, pp. 1569-1572.
- Titmuss, R. M. (1958), *Essays on the Welfare State*, London, Allen & Unwin.
- (1968), *Commitment to Welfare*, London, Allen & Unwin.
- Torrance, G. W. (1986), *Measurement of Health State Utilities for Economic Appraisal*, in «Journal of Health Economics», 5, pp. 1-30.
- Tragakes, E. e Vienonen, M. A. (1994), *Health Care Reforms in the European Region: Issues, Options and Opportunities*, Working Document Towards the WHO/EURO Health Care Systems in Transition Conference, 1996, Copenhagen, Organizzazione Mondiale della Sanità.
- United State General Accounting Office (1993), *German Health Reforms*, Washington D.C., U.S. Government Printing Office, pp. 93-103.

- Van De Ven, W. (1995), *Risk-Adjustment: A Critical Factor For Successful Market-Oriented Health Care Reform*, Relazione presentata alla Third European Conference on Health Economics, Stoccolma, 20-22 agosto 1995.
- Van De Ven, W. e Van Vliet (1992), *How Can We Prevent Cream Skimming in a Competitive Health Insurance Market?*, in P. Zweifel e H. E. Frech (a cura di), *Health Economics Worldwide*, Amsterdam, Kluwer.
- Van Monfort, J. (1981), *Production Functions for General Hospitals*, in «Social Science and Medicine», 15 c, pp. 87-98.
- Van Vliet, R., Van Barneveld, E. e Van De Veen, W. (1995), *Mandatory High Risk Pooling: A New Approach to the Cream Skimming Problem*, Relazione presentata alla Third European Conference on Health Economics, Stoccolma 20-22 agosto 1995.
- Wagstaff, A. (1986), *The Demand for Health: Some New Empirical Evidence*, in «Journal of Health Economics», 5, pp. 195-233.
- (1989), *Econometric Studies in Health Economics*, in «Journal of Health Economics», 8, pp. 1-51.
- Walker, S. R. e Rosser, R. M. (1988), *Quality of Life: Assessment and Applications*, Lancaster, MTP Press.
- Warner, K. E. e Luce, B. R. (1982), *Cost-Benefit and Cost-Effectiveness in Health Care*, Ann Arbor, Health Administration Press.
- Williams, A. (1978), *Need - An Economic Exegesis*, in A. J. Culyer e K. J. Wright (a cura di), *Economic Aspects of Health Services*, Oxford, Martin Robertson.
- (1985a), *The Value of QALYS*, in «Health and Social Service Journal», Supplement, pp. 3-5.
- (1985b), *The Economics of Coronary Artery Bypass Grafting*, in «British Medical Journal», 291, pp. 325-329.
- (1987a), *Health Economics: The Cheerful Face of the Dismal Science?*, in A. Williams (a cura di) *Health and Economics*, London, Macmillan.
- (1987b), *State Provision of Medical Services*, in J. Eatwell, M. Milgate e P. Newman (a cura di), *The New Palgrave: A Dictionary of Economics*, 4, London, Macmillan, pp. 481-484.
- (1988), *Priority Setting in Private and Public Health Care: a Guide Through the Ideological Jungle*, in «Journal of Health Economics», 7, pp. 173-183.
- (1990), *Ethics, Clinical Freedom and the Doctors' Role*, in A. J. Culyer, A. K. Maynard e J. W. Posnett (a cura di), *Competition in Health Care: Reforming the NHS*, London, Macmillan, pp. 178-191.
- (1993), *Quality Assurance from the Perspective of Health Economics*, in «Proceedings of the Royal Society of Edinburgh», 101 B, pp. 105-114.
- (1994), *Economics, Society and Health Care Ethics*, in R. Gillon. (a cura di), *Principles of Health Care Ethics*, New York, John Wiley & Sons.
- Williamson, O. e Winter, S. (1991), *The Nature of the Firm*, Oxford, Oxford University Press.
- Wilsford, D. (1994), *Path Dependency, or Why History Makes It Difficult but Not Impossible to Reform Health Care Systems in a Big Way*, in «Journal of Public Policy», 14, 3, pp. 251-283.

- World Bank (1993), *World Development Report 1993: Investing In Health*, New York, Oxford University Press.
- Zwanziger, J. (1989), *Antitrust Considerations and Hospital Markets*, in «Journal of Health Economics», 8, pp. 457-464.