

Concorrenza e regolazione nel servizio sanitario nazionale

di Vittorio Mapelli

1. Introduzione

Nel 1980, con l'introduzione del servizio sanitario nazionale (l. 833/78), l'Italia ha adottato un sistema sanitario a base universalistica e finanziato centralmente. Abbandonando il preesistente sistema mutualistico, fondato sulla separazione tra enti assicuratori/finanziatori ed enti produttori di servizi (gli enti ospedalieri), il sistema sanitario italiano è passato, secondo la classificazione dell'OCSE [Hurst 1991; OECD 1992], da un modello *contrattuale* ad un modello *integrato*. Le funzioni di finanziamento e di erogazione dei servizi sono state concentrate in un unico ente, l'Unità sanitaria locale. In realtà il Ssn non è mai stato così fortemente integrato come il *National health service* (NHS) britannico, perché solo nei settori ospedaliero e specialistico – rispettivamente con l'85% ed il 50% di produzione pubblica – si è avuto un elevato grado di integrazione.

Tra il 1992-93, con i D.Lgs. 502/92 e 517/93, il Ssn è stato sottoposto ad una profonda ristrutturazione. L'intento – confusamente desumibile dalla copiosa produzione legislativa del periodo – è quello di introdurre elementi di *privatizzazione* e di *concorrenza* nel servizio sanitario pubblico. L'adozione di un sistema basato sulle «regole degli scambi» – come afferma il Piano sanitario nazionale 1994-96 – non aiuta, tuttavia, a chiarire *quale* tra i diversi modelli di concorrenza riscontrabili a livello internazionale sia realisticamente proponibile per il sistema italiano.

Il modello dei quasi-mercati, introdotto recentemente (1991) nel NHS britannico [UK Government 1989], ha affascinato economisti e politici e non vi è oggi chi non proponga la stessa ricetta per il Ssn italiano. Secondo la versione «autentica» dei mercati interni, si tratterebbe di scorporare *tutti* gli ospedali pubblici dalle Usl – e non solo i maggiori, come oggi avviene – lasciando a queste la funzione di acquirenti dei servizi, da esercitare nei confronti degli erogatori sia pubblici che privati. Il pendolo della storia starebbe di nuovo ritornando dal modello integrato verso il modello contrattuale.

Forse non è stato sufficientemente ponderato che questa separazione – necessaria per un'efficace contrapposizione di interessi – condurrebbe alla situazione pre-riforma, quando 326 enti mutualistici acquistavano da circa 1.260 enti ospedalieri e da 800 case di cura le prestazioni ospedaliere, contrattando formalmente un prezzo – i cui criteri di determinazione erano stabiliti dalla legge – ma che in ultima istanza era imposto dagli enti ospedalieri¹. E dimenticando altresì che la riforma inglese è motivata da 50 anni di monopolio del NHS.

Non è escluso che il SSN possa evolvere nei prossimi anni verso il modello del mercato interno. Allo stato attuale, tuttavia, non si può prescindere dal dato di fatto che le USL sono e continuano ad essere aziende *integrate*, con responsabilità congiunte sia sul finanziamento, che sulla produzione dei servizi. La questione centrale è allora di identificare quale tra i possibili modelli di concorrenza amministrata sia più confacente per il SSN italiano.

Da un'attenta esegesi dei provvedimenti legislativi finora emanati emergono non uno, ma *diversi* modelli di concorrenza per il SSN, ciascuno dei quali prefigura, ovviamente, differenti modalità di comportamento dei concorrenti e di regolazione degli scambi da parte dello Stato. Forse non è un esercizio inutile chiarire quali siano le caratteristiche distintive dei diversi modelli di concorrenza in sanità, sia per evitare possibili confusioni semantiche a proposito di concorrenza, sia per contribuire ad una maggiore coerenza interna nelle riforme del sistema sanitario.

2. Modelli di concorrenza amministrata in sanità

Il settore sanitario è caratterizzato non da semplici relazioni bilaterali tra produttori e acquirenti, ma da una molteplicità di scambi e di transattori, che sono *i*) i consumatori, *ii*) i produttori di servizi sanitari (di primo e di secondo livello), *iii*) le assicurazioni e *iv*) lo Stato [Evans 1981]. Esso si presenta come un insieme di meccanismi di mercato e amministrativi o di comando ed è caratterizzato da un'integrazione verticale incompleta nelle diverse forme di transazione.

¹ Si richiama, a questo proposito, l'esperienza del periodo 1970-74. Dal 1971 era stato stabilito un incremento delle rette di degenza degli enti ospedalieri non superiore al 15% annuo, ma nessuno di questi si attenne e applicò dei propri prezzi (calcolati come rapporto tra spese previste e giornate di degenza previste). Il contenzioso che ne scaturì con gli enti mutualistici si risolse a favore degli ospedali e il ripiano dei *deficit* delle mutue fu accollato allo Stato.

La concorrenza in sanità, inoltre, è largamente imperfetta a causa dell'ignoranza del consumatore, che non è sovrano nel definire e ordinare le proprie scelte, e dell'interesse economico del medico, nel rapporto di agenzia con il paziente, che lo porta ad essere un agente imperfetto [Bariletti 1982; Clerico 1988].

Nei sistemi a base assicurativa, sia privati che pubblici, il prezzo non rappresenta un segnale importante né per il consumatore – per il quale diviene eguale a zero al momento del consumo – né per il fornitore di prestazioni, che può caricare sul paziente un volume di prestazioni ed un livello di prezzi elevati, sapendo che questi è comunque rimborsato dall'assicurazione.

È comunemente accettato che la concorrenza in sanità non si giochi sul prezzo, ma sulla qualità delle prestazioni (*non-price competition*). Non vi è in generale concorrenza sul prezzo se non nei rapporti extra-assicurativi, basati sul pagamento diretto del prezzo monetario da parte del paziente, vale a dire, in un settore molto limitato di mercato. La concorrenza, in sanità, non risponde dunque ai canoni di mercato e alle previsioni della teoria economica.

L'evoluzione dei mercati sanitari ha fatto emergere, negli anni '80, una forma particolare di integrazione tra assicuratori e produttori di servizi – le *Health Maintenance Organizations* (HMO) americane² – e nuove forme di negoziazione tra queste ed i fornitori esterni – il *selective contracting* – che hanno impresso un mutamento anche nelle modalità tradizionali di concorrenza in sanità. L'integrazione verticale da parte delle HMO ha lo scopo sia di trarre vantaggio dalla possibile differenza di costi esistente tra la produzione diretta e l'acquisto di servizi da un fornitore esterno, sia di ridurre il rischio finanziario connesso alla possibile induzione di domanda da parte di un medico esterno all'organizzazione. Laddove le HMO non hanno la proprietà di strutture sanitarie, assumono, infatti, il ruolo di *agenzie di acquisto*³ (*purchaser*) a favore dei propri assicurati, stipulando contratti di fornitura con *alcuni* erogatori «preferiti» (*preferred providers*), che offrono

² Le *Health Maintenance Organizations* possono essere definite come «Un sistema organizzato di assistenza sanitaria che eroga direttamente oppure provvede all'erogazione di una gamma completa di servizi sanitari di base e integrativi a un gruppo di assistiti un'un'area geografica, iscritti volontariamente, sotto un programma prepagato». Esistono diversi modelli organizzativi di HMO: *staff model*, *group model*, *network model*, IPA (Independent practice association) model e *direct contract model* [Bongiorno e Pescio 1995]

³ Le HMO agiscono come «acquirenti all'ingrosso» per la globalità dei loro iscritti, un ruolo diverso da quello svolto da altri acquirenti «individuali», quali ad esempio i *General Practitioners fundholders* nel NHS britannico. Forse meriterebbe di riflettere più

le migliori garanzie di prezzo e qualità delle prestazioni. A fronte degli elevati volumi di prestazioni offerti, esse tendono a ribaltare il rischio finanziario sui medici e sugli ospedali esterni, attraverso il pagamento di compensi *forfettari*, come la quota capitaria o le tariffe prospettiche, tipo i DRG (*Diagnosis Related Groups*).

L'emergere di queste nuove forme organizzative e il variegato intervento regolatore dello Stato portano a constatare come si sia oggi in presenza di *diversi* modelli di concorrenza in sanità, sia nel mercato della copertura dei rischi, che in quello della produzione e fornitura dei servizi sanitari. In questa sede l'interesse è rivolto esclusivamente alla concorrenza nell'arena della produzione. I tratti distintivi che caratterizzano i vari modelli possono essere individuati nella presenza o assenza di *i*) una *negoziiazione* esplicita *sul prezzo* tra finanziatori e produttori e *ii*) nella stipula di un contratto generico di fornitura di prestazioni con una molteplicità di fornitori oppure di un *contratto di appalto* o di esclusiva (*franchising*) con un particolare fornitore.

I modelli di concorrenza amministrata o regolata (*managed competition*) in sanità si possono quindi distinguere in due grandi famiglie, all'interno delle quali è possibile riscontrare varianti e contaminazioni nei sistemi dei vari paesi: *a*) i modelli di concorrenza basati sui prezzi fissi (*yardstick competition*) e *b*) i modelli di concorrenza fondati sui contratti di esclusiva (*preferred provider model*). In estrema sintesi, nel primo modello i produttori di servizi concorrono sulla qualità per attrarre i *pazienti*, essendo il prezzo identico per tutti; nel secondo, concorrono per stipulare un *contratto* di fornitura, che dà un diritto di esclusiva. I due paradigmi di riferimento possono essere – per il primo modello – il programma federale *Medicare* di assistenza degli anziani e dei disabili e – per il secondo modello – il sistema britannico dei quasi-mercati (oltre alle HMO statunitensi e al sistema di contrattazione in sperimentazione nei Paesi Bassi).

Il primo modello è guidato dalle scelte del paziente, il secondo da quelle dell'acquirente [France 1994]. Il primo modello, di stampo liberista, è centrato sulla massima garanzia di libertà di scelta per il paziente e di accesso al mercato per il maggior numero di produttori. Il secondo modello è invece concepito per la governabilità del sistema e per il controllo della spesa, al quale viene fatta sottostare anche la libertà di scelta dei pazienti. È evidente che nei due modelli il ruolo dello Stato o dell'assicuratore è ben diverso: nel primo caso, vi è un

approfonditamente su chi sia realmente l'acquirente di prestazioni: il paziente, che ne è il vero *beneficiario*, il medico suo *agente* (che sia o meno gestore di un *budget*) o l'assicurazione che è il *pagatore* ultimo.

ruolo puramente passivo di terzo pagante (*third party payer*), mentre nell'altro vi è un ruolo attivo di negoziatore e di acquirente di prestazioni.

Per meglio qualificare i due diversi modelli conviene riassumere le loro caratteristiche distintive:

2.1. Modello della concorrenza su prezzo fisso

Questa forma di concorrenza è principalmente impiegata dallo Stato quando intenda garantire ai propri assistiti la maggiore eguaglianza di accesso (ad es. nel *Medicare*). Il prezzo delle prestazioni è stabilito dallo Stato (tariffa) o dall'assicuratore, è fisso e identico per tutti i fornitori. Il prezzo fisso ha lo scopo precipuo di controllare la dinamica della spesa. Spesso si fa ricorso ad un prezzo onnicomprensivo (come la quota capitaria o le tariffe predefinite per le prestazioni medico-specialistiche da parte delle HMO nei riguardi delle *IPA-Individual practice associations*), detto anche *prospettico* nel caso degli ospedali (ad es. il sistema dei DRG). I DRG remunerano il «prodotto» (il caso trattato di una data natura) e non le singole componenti e sono quindi la forma di pagamento che più di ogni altra trasferisce sul produttore il rischio finanziario connesso alla produzione. Il prezzo delle prestazioni può variare in funzione della tipologia degli ospedali (ad es. universitari, rurali), ma è uguale per tutti i fornitori di una stessa classe [Fetter 1991; Taroni e D'Ambrosio 1994].

Tutti coloro che hanno i necessari requisiti (fissati dalla legge o dalle assicurazioni) possono essere fornitori di servizi sanitari. In via di principio la concorrenza si esercita tra tutti o tra numerosi produttori in una determinata area. I consumatori-pazienti sono *liberi* di scegliere tra tutti i fornitori accreditati. In questo modello un ruolo cruciale è quindi svolto dal paziente – e dal suo agente, il medico – che è virtualmente sovrano e libero di accedere ad ogni erogatore accreditato, con il quale instaura un contratto di erogazione immediata (*spot contract*) [France 1995]. Poiché in generale il paziente è insensibile al prezzo, ma attento alla qualità, gli ospedali competono tra di loro sulla qualità. Il successo o il fallimento dei fornitori viene decretato dalle libere scelte dei pazienti e dei medici loro agenti.

Nei sistemi in cui il prezzo è fisso e regolato dal finanziatore può aver luogo quella particolare forma di concorrenza che è stata studiata e definita come *yardstick competition*: imponendo un prezzo uguale al costo medio di produzione del settore, è come se si riproducessero alcune condizioni della concorrenza perfetta, dove ogni produttore ha

di fronte una domanda infinitamente elastica al prezzo [Shleifer 1985]⁴. Per poter funzionare questo modello prevede alcune condizioni, due delle quali possono essere difficilmente soddisfatte in sanità: il prodotto deve essere omogeneo o, almeno, la sua qualità deve essere valutabile e, in secondo luogo, le imprese in difficoltà non possono essere aiutate da chi regola i prezzi e devono poter fallire [Belli 1995].

Il prezzo fisso, tuttavia, ha non poche controindicazioni. I modelli teorici sul settore ospedaliero concludono generalmente che la concorrenza attorno ad un prezzo fisso porta a diminuire la qualità delle prestazioni, sia che l'ospedale operi a scopo di lucro oppure no [Propper 1993]. L'evidenza empirica è tuttavia contrastante, anche perché la qualità non è mai stata studiata di per sé, ma inferita dall'analisi dei costi. Di sicuro il finanziamento a prezzo fisso contiene un incentivo a ridurre i costi di produzione. Il problema è di sapere se la riduzione dei costi si accompagna ad un aumento dell'efficienza o ad una riduzione della qualità⁵. Da una rassegna degli studi effettuati sugli ospedali americani non appare chiaro e decisivo l'effetto del finanziamento prospettico sulla qualità delle cure [Culyer e Posnett 1990].

I contratti a prezzo fisso possono invece contenere un incentivo a manipolare il prodotto per aumentare il pagamento. Dall'esperienza del *Medicare* e del *Medicaid* statunitensi, ad esempio, risulta una certa tendenza all'aumento del numero di ricoveri per i quali la tariffa è superiore al costo marginale di produzione, alla selezione dei pazienti (meno costosi) da ricoverare, al frazionamento del profilo di cura in ricoveri separati, all'attribuzione impropria ai DRG, alla manipolazione della scheda nosologica, alla ripetizione dei ricoveri non necessari, alle dimissioni precoci [Taroni e D'Ambrosio 1994]. Per evitare comportamenti opportunistici, se non proprio fraudolenti, si rende spesso necessario instaurare un sistema di rigidi controlli sui fornitori.

2.2. Modello della concorrenza su contratti di esclusiva

In questi modelli il prezzo delle prestazioni è negoziato tra i finanziatori (Stato e assicurazioni) ed i produttori ed è specifico per

⁴ Un esempio di questa forma di concorrenza in Italia si è avuto quando il prezzo della benzina era stabilito dal CIP in misura fissa per tutti i produttori.

⁵ È stato osservato che la riduzione della qualità potrebbe non essere un problema se questa era «troppo elevata» prima dell'introduzione del pagamento a prezzo fisso, come è avvenuto nel sistema americano con l'introduzione dei DRG.

ogni contratto. In genere si contrattano sconti sui prezzi in cambio di elevati volumi di attività. La concorrenza tra i fornitori si gioca nella fase di presentazione delle offerte (*bidding*) durante la gara di appalto. Il concorrente che si aggiudica il contratto ha un'esclusiva nella fornitura dei servizi. Il finanziatore opera come *agenzia di acquisto* per conto dei propri assistiti: in tal modo si conseguono economie di scala nei costi di raccolta delle informazioni, che altrimenti ricadrebbero sui singoli consumatori [Balassone 1994]. L'idea di selezionare i produttori che offrono le migliori condizioni di prezzo e qualità delle prestazioni si rifà all'esperienza statunitense delle *Preferred Provider Organizations* (PPO), una forma particolare di HMO che offrono ai loro iscritti premi più bassi per l'accesso ad un numero limitato di erogatori per i principali bisogni assistenziali [Rayner 1988]. L'accordo con un numero limitato di fornitori costituisce uno dei punti chiave delle recenti riforme dei Paesi Bassi [van de Ven 1989] e degli Stati Uniti [Enthoven 1980]. Nella riforma del NHS britannico è soprattutto enfatizzato l'aspetto negoziale, poiché sembra che nessun *hospital trust* sia mai stato escluso dal contratto di fornitura con la *District Health Authority* (DHA), di cui prima era parte integrante.

Nei quasi-mercati i pazienti non hanno una reale libertà di scelta dei servizi a cui accedere, ma sono inviati dai loro acquirenti – i *Gp fundholders* o le *District Health Authorities* – verso i fornitori con i quali è stato stipulato un contratto⁶. Il funzionamento della concorrenza dipende, quindi, anche dalla disponibilità dei pazienti a muoversi⁷. Il paziente, in questo sistema, ha un ruolo del tutto passivo. Tuttavia, nell'effettuare le scelte dei fornitori le autorità pubbliche tengono conto dei soli costi privati (il prezzo delle prestazioni) e non anche dei costi sociali, relativi ai tempi e ai costi di trasporto: nella prospettiva più generale della collettività, alcune scelte potrebbero anche rivelarsi non più convenienti, alla luce di questi costi.

Gli accordi contrattuali possono essere di tipo molto diverso, soprattutto negli Usa tra le HMO [Bongiorno e Pescio 1995]. Rimanendo nell'ambito dei mercati interni, nel NHS britannico si ricorre generalmente a tre tipi di contratti per gli ospedali: a) i contratti forfettari

⁶ Vi è molta retorica nel NHS britannico quando, nel finanziamento, si afferma di seguire il principio secondo cui «money follows patients». Piuttosto bisognerebbe affermare che «money follows Gp's (or DHA's) choices».

⁷ In una recente indagine (riportata in Propper [1993]) sulla scelta degli ospedali da parte di un campione inglese è risultato che il 38% dei pazienti non era per nulla disposto a viaggiare e che il 36% era disposto a viaggiare solo entro la distanza di 10 miglia.

(*block contracts*), nei quali si assume la copertura dei bisogni di una data popolazione dietro il pagamento di una cifra fissa annuale; b) i contratti a costo e volume, nei quali è specificato il volume delle prestazioni da erogare; c) i contratti a costo per caso, in cui è fissato solo il prezzo unitario dei ricoveri [Fenn *et al.* 1994]. I contratti *forfettari* sono molto simili al finanziamento per *budget* e quindi di irrilevante interesse per la concorrenza, anche se attualmente risultano i più diffusi (80% dei casi). I contratti a *costo e volume* comportano dei vantaggi, dati dagli sconti sui prezzi, ma anche rischi finanziari connessi all'acquisto (*lock in*) di capacità produttiva che potrebbe rivelarsi in eccesso. I contratti a *costo per caso* si differenziano da quelli del *Medicare* (le tariffe per DRG) perché il prezzo viene negoziato con ogni singolo produttore.

3. Due opzioni concorrenziali ed un ritorno alla pianificazione per il SSN riformato

Dopo sei anni di infruttuoso dibattito al Parlamento, sotto il precipitare della crisi valutaria, alla fine del 1992 la riforma del SSN fu approvata in soli tre mesi. Non vi fu, come nella tradizione anglosassone, la presentazione di un «libro bianco» che illustrasse finalità e caratteristiche del sistema che si andava ad introdurre, ma queste devono essere desunte dalle disposizioni legislative emanate, che sono deliberatamente vaghe e sono andate mutando di continuo nel corso del tempo.

Per il pianificatore nazionale la scelta del *modello concorrenziale*, basato sulle «regole degli scambi», appare del tutto chiara ed esauriente. Secondo il Piano sanitario nazionale (PSN) 1994-96 «il passaggio a questo nuovo modello di finanziamento mira ad introdurre anche all'interno del Servizio sanitario nazionale dei meccanismi di concorrenza tra i vari erogatori tali da consentire un miglioramento del livello di efficienza complessivo nell'utilizzo delle risorse . . . I fornitori di prestazioni al Servizio sanitario nazionale, tanto quelli pubblici quanto quelli privati . . . al fine di massimizzare il margine tra tariffa e costo medio di produzione delle prestazioni . . . dovranno tendere ad ottimizzare i propri processi produttivi e quindi a minimizzare i costi unitari, pur mantenendo adeguati *standard* qualitativi» (d.p.r. 107/94, p. 67).

In realtà, l'enunciazione di questo modello concorrenziale trova la sua fonte normativa in sole tre righe del D.Lgs. 502/92, in cui si afferma che l'USL si avvale dei propri presidi, delle aziende ospedalie-

re, delle istituzioni sanitarie pubbliche o private⁸ e dei professionisti «con i quali intrattiene *appositi rapporti* fondati sulla corresponsione di un corrispettivo predeterminato a fronte della prestazione resa» (art. 8.5). I nuovi rapporti sono fondati «sul criterio dell'*accreditamento* delle istituzioni, sulla modalità di *pagamento a prestazione* e sull'adozione del sistema di *verifica e revisione della qualità* delle attività svolte e delle prestazioni erogate» (art. 8.7; corsivo mio).

Il riferimento ad un generico modello concorrenziale non aiuta molto ad individuare quale tra i possibili modelli di concorrenza – libera o amministrata – sia stato preso come riferimento per la riforma italiana. Da un esame dei testi legislativi e delle circolari ministeriali emanate dal dicembre 1992 ad oggi emergono diversi possibili modelli di concorrenza. La chiave interpretativa dei vari modelli ruota intorno all'impiego delle tariffe, alla loro negoziabilità e al ruolo regolatore dello Stato e delle Regioni.

A questo riguardo si registrano diverse posizioni ufficiali, due delle quali sottendono due diversi modelli di *concorrenza* ed una che ripropone la *pianificazione* di mercato, muovendo quindi nella direzione opposta: il primo modello, prevede *tariffe uniformi* regionali per tutti gli erogatori, eventualmente articolate per classi di fornitori; il secondo, affida il potere di negoziazione delle tariffe alle aziende UsL e comporta, quindi, *tariffe individuali* per ogni produttore, ferme restando le tariffe ufficiali regionali; il terzo, prevede l'impiego delle tariffe come *costi standard* per la definizione del *budget* degli ospedali.

I due modelli di concorrenza così abbozzati appaiono tuttavia incompleti sul punto cruciale che riguarda l'*autonomia* dei circa 1.000 presidi ospedalieri⁹. Per poter contrattare o per perseguire proprie finalità aziendali è, infatti, indispensabile un rilevante grado di autonomia, se non la separazione legale dall'UsL. Questa sembra il presupposto irrinunciabile per qualsiasi forma di concorrenza si voglia introdurre nel mercato della fornitura dei servizi. La contrattazione a cui fa (impropriamente) riferimento la legge, infatti, è pur sempre *interna* all'azienda UsL, non diversamente dai processi in cui i dipartimenti o gli stabilimenti di un'impresa «negozano» i propri *budget* con il vertice direttivo. L'autonomia riconosciuta dalla legge ai presidi si sostanzia oggi nell'aver essi *a)* un proprio *management* (il dirigente

⁸ Significativamente la legge 724/1994 ha soppresso le parole «sulla base di criteri di integrazione con il servizio pubblico».

⁹ Il problema non si pone, ovviamente, per le aziende ospedaliere. In modo sibilino, il D.Lgs. 517/93 prevede anche per i presidi ospedalieri «l'introduzione delle disposizioni previste dalle aziende ospedaliere, *in quanto applicabili*» (art. 4.9).

sanitario e il dirigente amministrativo, nominati dal direttore generale dell'USL) e b) una propria contabilità separata all'interno del bilancio dell'USL (art. 4.9 D.Lgs. 517/93). Formalmente, la legge attribuisce loro «autonomia economico-finanziaria», ma questa sembra debba esercitarsi nell'ambito del finanziamento loro assegnato dall'azienda USL. Non è ancora stata sciolta, inoltre, la questione se i presidi ospedalieri possano vantare diritti sull'eventuale avanzo di gestione o se debbano riversarlo all'azienda USL¹⁰. Questa indeterminazione pregiudica la definizione e il perseguimento di autonome finalità d'impresa (massimizzazione del profitto, della qualità o del volume di servizi) e l'adozione di comportamenti motivati da un ambiente competitivo. Finché non saranno sciolti questi nodi, non si potrà che fare riferimento ad una situazione di *potenziale* concorrenza.

3.1. Il modello della «yardstick competition» (o del tipo «Medicare»)

Secondo l'interpretazione data inizialmente dal Psn 1994-96 (novembre 1993) [Ministero della Sanità 1994, 61] sembra che le tariffe non possano essere negoziabili. Infatti vi si afferma che «tutti i fornitori di prestazioni sanitarie verranno remunerati sulla base di tariffe predeterminate, fissate a livello regionale secondo criteri generali stabiliti a livello nazionale e valide su tutto il territorio regionale, per tutti gli erogatori, pubblici e privati, distinti per classe di appartenenza in funzione di alcune caratteristiche individuate a livello nazionale». Si sostiene quindi che le tariffe debbano essere a) uniformi in tutto il territorio regionale e non differenziate per produttore, b) fissate dalla Regione e non dalle aziende USL, c) differenziate per classi di ospedali, d) eguali per gli erogatori pubblici e privati della stessa classe.

Questa caratterizzazione delle tariffe, in generale, ed il ricorso per il settore ospedaliero al sistema dei DRG (o dei ROD-Raggruppamenti omogenei di diagnosi) prefigurano un modello di concorrenza molto simile a quello del *Medicare* statunitense. Seppure l'autonomia degli ospedali risulti indefinita, in questo modello la concorrenza non sarebbe del tutto impedita di operare, perché il ruolo decisivo è giocato

¹⁰ Le norme sulla contabilità sono demandate alle Regioni, poche delle quali vi hanno già provveduto. Ad esempio, l'Emilia-Romagna non detta norme sulla contabilità separata dei presidi ospedalieri, ma stabilisce, a proposito del *budget*, che «Entro il relativo tetto di risorse (assegnate) si esplica l'autonomia gestionale ed organizzativa di ciascun dirigente di struttura» (art. 10 l.r. 50/94).

dai pazienti-consumatori, che con le loro preferenze decidono il successo o il fallimento degli ospedali. I pazienti sono infatti totalmente liberi di scegliere tra gli ospedali accreditati, pubblici o privati, della propria o di altre USL. Con l'accreditamento il numero dei produttori privati potrebbe ulteriormente aumentare, soprattutto dove l'offerta pubblica è poco qualificata, dando loro un vantaggio competitivo.

In un contesto di virtuale sovranità dei pazienti, la spesa sanitaria potrebbe risultare incontrollabile. Le USL sarebbero ridotte ad un ruolo passivo di terzo pagante, che registra le decisioni di consumo dei pazienti. Il controllo della spesa dovrebbe esercitarsi attraverso il contenimento della domanda, sia attraverso forme di razionamento monetario (*ticket*), sia attraverso il controllo dei medici prescrittori.

Sul piano amministrativo questo modello comporterebbe un aumento dei costi di transazione, legati alla fatturazione, al controllo e alla eventuale contestazione delle singole prestazioni (circa 9 milioni di ricoveri all'anno).

3.2. Il modello dei quasi-mercati (o dei *Preferred providers*)

La possibilità di negoziare le tariffe delle prestazioni sanitarie viene fatta discendere dal d.m. 15.4.1994 (art. 1.2) (aprile 1994)¹¹, che stabilisce che «le tariffe rappresentano la remunerazione *massima* da corrispondere ai soggetti erogatori». All'azienda USL viene quindi riconosciuta la facoltà di contrattare con i fornitori esterni – aziende ospedaliere e case di cura – un prezzo inferiore alla tariffa ufficiale: coloro che, essendo accreditati, accettassero, diventerebbero i fornitori «contrattati» dell'USL. Secondo il Ministero della sanità, inoltre, le Regioni potrebbero «articolare il sistema tariffario in funzione del volume di prestazioni erogate da ciascun soggetto erogatore, prevedendo una riduzione progressiva delle tariffe per le prestazioni erogate oltre predeterminati volumi» [Ministero della Sanità 1995]. In altri termini, è prevista la possibilità di richiedere sconti (ai privati) o di pagare costi marginali (ai pubblici) in presenza di elevati volumi di prestazioni. Questo sarebbe anche un modo per controllare la dinamica della spesa ospedaliera.

Naturalmente, l'azienda USL può adottare tariffe differenziate anche per i propri presidi ospedalieri che sono accreditati: in tal caso le tariffe sarebbero «negoziare» con i dirigenti dell'ospedale, ma di fatto

¹¹ Si fa osservare che questo decreto è posteriore di soli quattro mesi alla proposta di Psn, ma contiene un vero e proprio capovolgimento di posizioni.

sarebbero soggette alla politica dei prezzi stabilita dal *management* l'azienda USL. Nei riguardi dei propri presidi ospedalieri l'azienda USL impiegherebbe le tariffe come *prezzi di trasferimento*, per indirizzare la «produzione» verso un ospedale o l'altro, alla stregua di grande impresa che deve decidere come allocare la produzione tra diverse unità produttive.

La contrattazione con i fornitori ospedalieri potrebbe condurre stabilire prezzi delle prestazioni diversi per ciascun produttore, viando un sistema di concorrenza molto simile a quello dei quasi-mercati o dei fornitori preferiti. La versione iniziale del d. lgs. 502/92 caratterizzava in modo più deciso la riforma sanitaria come un sistema di quasi-mercati, laddove prevedeva, in veste di *acquirenti*, anche le assicurazioni e le mutue volontarie (art. 9). Ad esse infatti era attribuita la «facoltà di negoziare, per conto della generalità degli aderenti... con gli erogatori delle prestazioni del Servizio sanitario nazionale modalità e condizioni allo scopo di assicurare qualità e costi ottimali». Con la successiva abolizione, da parte del D.Lgs. 517/93, è ridotto anche lo spazio di concorrenza tra gli acquirenti di prestazioni, dando corso ad un virtuale monopsonio delle aziende USL.

Secondo i promotori delle riforme basate sui quasi-mercati, la prima condizione – necessaria, ma non sufficiente – per sviluppare la concorrenza è *i) la separazione* legale tra *finanziatori* e *produttori* di servizi. Nel NHS inglese, ad esempio, è previsto che al termine del processo di riforma (1996) *tutti* gli ospedali ed i servizi a gestione diretta siano resi autonomi dalle autorità di distretto e acquisiscano lo *status* di *trust* [Maynard 1994]. Al contrario, nella nostra legge di riordino è previsto che solo i maggiori ospedali (circa 80 attualmente) siano trasformati in aziende autonome. I restanti 1.000 ospedali pubblici dovrebbero continuare ad essere considerati presidi dell'USL¹². Allo stato attuale non vi è nessun passo della legge di riforma che preveda lo scorporo degli ospedali dalle aziende USL.

Le altre due condizioni necessarie per l'avvio dei mercati interni sono *ii) la negoziazione* dei termini di scambio con i produttori (prezzi, volumi e qualità delle prestazioni) e *iii) la selezione dei produttori* giudicati più convenienti. Mentre la negoziazione di termini di scambio è implicitamente affermata dal d.m. 15.4.1994, la selezione degli erogatori sembra inconciliabile, nel nostro ordinamento, con il più volte riaffermato principio della (assoluta) libertà di scelta dei consu-

¹² «Gli ospedali che non siano costituiti in azienda ospedaliera conservano la natura di presidi dell'unità sanitaria locale» (art. 4.9 D.Lgs. 517/93).

matori¹³. Del resto, la limitazione di questo principio è stata accettata – per la prima volta a livello mondiale – solo nel 1982 da parte della California [Enthoven 1993]. La selezione potrebbe aver luogo nell'ipotesi in cui i fornitori – pur essendo accreditati – non raggiungessero un accordo sulle tariffe con l'Usl. Questa, dovendo decidere l'acquisto di prestazioni in base al prezzo, potrebbe escludere alcuni di essi – compresi i propri presidi ospedalieri – dal contratto di erogazione. I pazienti potrebbero ugualmente accedere ai fornitori accreditati, ma non contrattati, tramite l'assistenza indiretta, per la quale sarebbero rimborsati sulla base delle stesse tariffe pagate dall'Usl agli erogatori contrattati. In tal modo sarebbe fatto salvo il principio della libertà di scelta verso i fornitori accreditati, ma i pazienti avrebbero un disincentivo finanziario per la scelta dei fornitori meno efficienti. È indubbio, tuttavia, che tale sistema implicherebbe una ridotta libertà di scelta, rispetto all'attuale.

3.3. Il modello della programmazione di bilancio (*business plan*)

Vi è infine un terzo modello, che discende dall'impiego delle tariffe per ROD come *costi standard* per calcolare il *budget* annuale degli ospedali pubblici. Si tratta del modello attualmente in vigore, che è stato un po' confusamente delineato dalla legge finanziaria 1995 (art. 6 legge 724/94) e confermato dalla l. finanziaria 1996 (art. 2.8 legge 549/95). Secondo questo modello, ogni azienda ospedaliera ed ogni presidio ospedaliero è tenuto a formulare un «piano annuale preventivo» delle «prestazioni da rendere a fronte del finanziamento erogato», sulla base del quale riceve l'80% della spesa del precedente anno. «Tale preventivo forma oggetto di contrattazione fra Regione e unità sanitarie locali, da una parte, e azienda ospedaliera e presidi ospedalieri con autonomia economico-finanziaria dall'altra». A fine esercizio viene calcolato il finanziamento spettante sulla base delle tariffe per ROD e viene effettuato un «conguaglio in positivo o in negativo dell'acconto». Non è ancora stato chiarito quali conseguenze produca la constatazione di un avanzo o di un disavanzo di gestione.

Adottando, finalmente, criteri formali di allocazione delle risorse

¹³ «Fermo restando la facoltà di libera scelta delle suddette strutture o dei professionisti eroganti da parte dell'assistito» (art. 8.5). «La facoltà di libera scelta da parte dell'assistito si esercita nei confronti di tutte le strutture ed i professionisti accreditati dal servizio sanitario nazionale» (art. 6.6 l. 724/94).

anche all'interno dell'UsL¹⁴, la legge 724/94 stabilisce, in effetti, che gli ospedali pubblici siano finanziati a *costo standard* (tariffa) per prestazione, sulla base dell'attività svolta, e la tariffa per Rod diviene strumento sia per definire il *business plan* dell'ospedale, che per misurare la sua efficienza. Tra UsL e ospedali è prevista una contrattazione, dettata dall'esigenza di commisurare i fondi all'attività svolta, essendo una modalità di finanziamento del tutto nuova¹⁵ e, prevedibilmente, molte le eccezioni da giustificare. Non vi è negoziazione sulle tariffe, che sono identiche per tutti gli ospedali pubblici (della stessa classe, eventualmente), ma solo sul volume di attività.

La prima finanziaria '96 estende la contrattazione anche agli erogatori privati, prevedendo che la Regione e l'UsL contrattino con «le strutture pubbliche e private ed i professionisti eroganti prestazioni sanitarie un piano annuale preventivo che ne stabilisca quantità presunte e tipologia, anche ai fini degli oneri da sostenere» (art. 4.7; corsivo ns). La norma è mossa dalla preoccupazione di contenere la spesa e non prelude ancora al modello dei fornitori preferiti, perché esclude il prezzo dalla contrattazione.

Questo sistema, che è previsto per un periodo transitorio di 3 anni (1995-97), appare come una vistosa deviazione da un qualsiasi modello di concorrenza e si pone nella tradizione dell'economia di piano. Muovendo dal vincolo di spesa, tende ad allocare la produzione tra *tutti* i fornitori – pubblici e privati convenzionati – esistenti nella propria area, senza alcuna preoccupazione di mutare il *mix* nella composizione delle forniture. L'UsL in quanto «pianificatore» dell'erogazione di servizi potrebbe, in effetti, allocare liberamente la produzione sia ai soli presidi più efficienti (con i più bassi costi per Rod), sia decidendo il *mix* più conveniente tra ospedali pubblici e privati. La sola preoccupazione sembra quella di non mutare lo *status quo* e di non eccedere la spesa dell'anno precedente.

Non va tuttavia ignorato un possibile intento pedagogico di queste norme. Il modello contrattuale sottende, infatti, capacità di negoziazione e conoscenze dei costi che l'attuale sistema burocratico delle UsL non possiede. Esse, quindi, potrebbero avere lo scopo di prepa-

¹⁴ Fino al 1994 i presidi ospedalieri dell'UsL erano finanziati sulla base dei *fattori produttivi* impiegati e non vi era nessun processo formale di definizione del loro *budget* [Mapelli 1995].

¹⁵ La formulazione del piano annuale preventivo richiede che per ogni presidio ospedaliero sia identificata la spesa 1994, l'eventuale disavanzo, il costo imputabile ad attività ambulatoriali per esterni ed il costo per eventuali funzioni non finanziabili attraverso le tariffe, oltre che il numero e il tipo di prestazioni erogabili nel 1995.

rare i responsabili gestionali ai nuovi compiti richiesti al termine del triennio di sperimentazione.

4. Il ruolo regolatore dello Stato nel mercato sanitario

Se il SSN deve evolvere verso un sistema di concorrenza – come auspicato dal legislatore nazionale – è necessario che la funzione di regolazione svolta oggi dallo Stato muti radicalmente nei suoi fini e negli strumenti. Nella sanità ad economia pianificata (*command economy*) lo Stato non si limita a fissare le regole del gioco, ma si serve di alcune leve per interferire direttamente nella produzione e fornitura dei servizi sanitari. Si considerino gli aspetti classici della regolazione che riguardano l'entrata dei nuovi concorrenti e la fuoriuscita dei produttori inefficienti, la qualità ed il prezzo delle prestazioni [Prop- per 1993].

L'entrata nel mercato sanitario attualmente non è libera, ma dettata da rigidi *standard* di programmazione (5,5 posti letto per 1.000 abitanti; 1 medico generico ogni 1.000 abitanti), che limitano il numero dei potenziali concorrenti. Con l'istituto dell'*accreditamento* la nuova riforma sembra avere liberalizzato l'accesso al mercato sanitario, ma da alcuni essa viene intesa come la vecchia convenzione, che autorizza a priori l'offerta potenziale dei concorrenti privati. Ancora, l'uscita dal mercato dei produttori pubblici inefficienti non avviene a seguito di un processo di selezione naturale, ma per imposizione di legge. Sulla presunzione che gli ospedali pubblici con meno di 120 posti letto siano inefficienti¹⁶, è stata recentemente disposta la loro chiusura (legge 724/94). In un sistema di concorrenza, la chiusura degli ospedali è invece l'esito finale di un processo conseguente alla perdita di quote di mercato e all'azzeramento del valore del capitale, come ad esempio è avvenuto di recente per alcuni ospedali della città di Londra.

Analogamente, nella produzione dei servizi ospedalieri lo Stato interviene oggi fissando gli *standard* di personale per posto letto e per divisione (d.m. 13.9.1988), bloccando le assunzioni di personale, autorizzando gli investimenti. Se, da un lato, queste norme sono mosse dalla preoccupazione di contenere la spesa sanitaria, dall'altro finiscono per irrigidire le funzioni di produzione degli erogatori pubblici. Anche nei confronti dei privati convenzionati lo Stato interviene fis-

¹⁶ Paradossalmente, gli ospedali privati, che sono indicati come esempio di efficienza, hanno una dimensione media di 110 posti letto.

sando le caratteristiche strutturali minime e, addirittura, gli *input* di lavoro del processo produttivo (d.m. 16.6.1990), non diversamente dal settore pubblico¹⁷. L'imposizione di *standard* è dettata dall'interesse del paziente, incapace di valutare la qualità delle prestazioni ricevute, ma inevitabilmente riduce la flessibilità delle scelte produttive e può disincentivare l'introduzione di innovazioni tecnologiche.

Ben diverso dovrebbe essere il ruolo dello Stato (e delle Regioni) in una sanità basata sui principi della concorrenza. In generale, lo Stato dovrebbe intervenire solo per fissare le «regole del gioco» e per correggere le eventuali deviazioni dalla concorrenza. Nel Ssn fino ad oggi non vi è mai stata concorrenza, perché il settore privato è sempre stato concepito come «integrativo» del settore pubblico. In una situazione di concorrenza, tuttavia, il settore privato risulterebbe grandemente avvantaggiato. Le nuove regole dovrebbero tendere, innanzitutto, a porre i produttori pubblici in condizioni di parità (non-svantaggio) con i privati e, in secondo luogo, a liberalizzare l'accesso alle risorse produttive. In altri termini, dovrebbero promuovere le condizioni di base per un'effettiva concorrenza tra pubblico e privato.

Le istituzioni pubbliche che erogano servizi sanitari non sono state concepite per la concorrenza con i fornitori privati. Nel loro operare devono ispirarsi ai principi della trasparenza e dell'imparzialità e ciò comporta dei costi nell'acquisizione dei fattori produttivi, che le imprese di mercato non devono sostenere. I *costi di trasparenza* sono costituiti, ad esempio, dai costi per l'espletamento dei concorsi pubblici per l'assunzione di personale e delle gare di appalto per le forniture di beni e servizi¹⁸. Per una concorrenza «leale», in secondo luogo, dovrebbero essere eliminati molti vincoli che regolano la produzione delle aziende sanitarie pubbliche: il divieto di accesso al capitale finanziario¹⁹, il reclutamento e il licenziamento del personale, l'alienazione del patrimonio. Si dovrebbe passare, per il personale dipendente, al rapporto di lavoro di diritto privato, come peraltro previsto dal D.Lgs. 29/93. Dovrebbero inoltre essere regolati gli aspetti riguardanti la remunerazione del capitale investito²⁰ ed il fallimento delle azien-

¹⁷ Il decreto ministeriale è tuttavia stato sospeso.

¹⁸ Vi è una ricca aneddotica sui concorsi nel pubblico impiego, dove per un posto si presentano centinaia e, a volte, migliaia di candidati. Analogamente, per le gare d'appalto sono note le estenuanti procedure burocratiche ed i tempi necessari per il loro espletamento.

¹⁹ Con il D.Lgs. 502/92 questo divieto è stato attenuato, perché le Usl. possono accendere mutui, previa autorizzazione regionale, fino ad un importo dell'annualità pari al 15% delle entrate proprie.

²⁰ Nel NHS è richiesto agli ospedali un rendimento del 6% sul capitale investito.

de sanitarie. In definitiva, si richiederebbero le stesse condizioni di libertà di circolazione delle persone, merci e capitali che sono postulate dalla concorrenza.

Definite le condizioni di partenza per una leale competizione tra pubblico e privato, lo Stato dovrebbe assumere quindi il ruolo di supervisore sul suo corretto svolgimento. L'esercizio di questa funzione dovrebbe, tuttavia, essere demandato alle Regioni, perché la concorrenza si eserciterà necessariamente in ambito regionale: le tariffe sono fissate e si applicano nel territorio regionale, la mobilità ospedaliera avviene per oltre il 90% all'interno della Regione e vi saranno quindi 21 «mercati regionali», relativamente chiusi. Le Regioni dovrebbero passare da un ruolo di controllo proprietario delle aziende USL ad un ruolo di *autorità garante* della concorrenza nella propria giurisdizione. Nei confronti delle USL la Regione si colloca oggi nella posizione di *holding*, che assume le decisioni più rilevanti per l'azienda: fissa gli obiettivi strategici, nomina e revoca i vertici direttivi, esercita il controllo sui bilanci, finanzia il 90% della spesa corrente, autorizza l'assunzione di mutui, l'alienazione del patrimonio, le assunzioni di personale, ripiana, in ultima istanza, i disavanzi.

Nel ruolo di regolatore, la Regione – o comunque un organismo indipendente – dovrebbe intervenire a regolare *i)* la struttura del mercato e *ii)* la condotta dei fornitori e degli acquirenti [Propper 1995]. Si dovrebbero regolare le fusioni e acquisizioni tra i fornitori, vigilare sull'insorgere di cartelli e di posizioni dominanti, ridurre i monopoli nella fornitura dei servizi, far rispettare gli *standard* di dotazione strutturale e organizzativa dei fornitori accreditati. La Regione, inoltre, dovrebbe monitorare le *performances* dei fornitori di servizi, il rispetto della «Carta dei servizi pubblici sanitari» (d.p.c.m. 65/95), i livelli di qualità delle prestazioni, fare circolare l'informazione. La legislazione in questi settori, ovviamente, è ancora tutta da costruire. L'esperienza di altri paesi (Regno Unito e Paesi Bassi) insegna, inoltre, che lo Stato non rinuncia facilmente agli strumenti tradizionali di controllo e comando sul settore sanitario e che la fase di passaggio ad un vero regime di concorrenza richiede diversi anni.

5. Conclusioni

A prescindere da ogni possibile modalità di impiego, è indubbio che l'introduzione del finanziamento sulla base di tariffe, anche per gli ospedali pubblici, costituisce una significativa evoluzione verso la ricerca di efficienza e l'attribuzione di più precise responsabilità eco-

nomiche agli erogatori sanitari. Abbandonando il tradizionale metodo, basato sul pagamento dei fattori produttivi, il sistema delle tariffe pone finalmente in relazione il finanziamento con il volume di attività svolta, addossando agli ospedali il tipico rischio d'impresa. Le tariffe, inoltre, costituiscono il prezzo di riferimento su cui gli ospedali pubblici possono misurare i propri costi e la propria competitività, ciò che è mancato negli ultimi 15 anni.

L'adozione di un sistema di prezzi amministrati, senza ulteriori qualificazioni circa l'autonomia dei presidi ospedalieri e le forme di contrattazione, può condurre a diversi esiti, alcuni dei quali preludono alla concorrenza, altri al rafforzamento della pianificazione in sanità. La soluzione finale dipenderà in gran parte dalle leggi di attuazione che saranno emanate dalle Regioni. Di diritto e di fatto le Regioni italiane godono di ampia discrezionalità sul modello di sistema da adottare nel proprio territorio. A differenza della riforma del NHS inglese, la riforma italiana non offre un modello *standard* da applicare uniformemente in tutto il paese, ma piuttosto un modello di *riferimento* che può presentare delle varianti regionali [France e Mapelli 1995]. È quindi possibile che, come negli Stati Uniti, coesistano in futuro diversi modelli di concorrenza, con alcune Regioni – prevedibilmente del nord – più attrezzate a negoziare, orientate verso il quasi-mercato, ed altre verso un modello a tariffa uniforme, come nel *Medicare*.

I tre modelli descritti, tuttavia, potrebbero essere interpretati anche in senso *evolutivo*, individuando il punto di arrivo nel mercato interno. La prima fase sarebbe necessariamente costituita dalla *pianificazione di bilancio*, con l'allocazione delle risorse tra i presidi ospedalieri basata sulle tariffe, la definizione e contrattazione del piano annuale con il vertice direttivo dell'azienda USL e la contrattazione dei volumi di prestazioni con gli erogatori privati. Il passaggio alla seconda fase di *concorrenza sul prezzo fisso* sarebbe contrassegnata sia da una maggiore autonomia dei presidi ospedalieri (possibilità di ritenere parte dell'avanzo di gestione), sia dall'introduzione nelle USL di alcuni requisiti necessari per una concorrenza «leale» con i privati (privatizzazione del rapporto di impiego e riduzione dei costi di trasparenza). La fase finale di avvio del *mercato interno* dovrebbe necessariamente prevedere la separazione dei presidi ospedalieri dall'USL, l'adozione di contratti di fornitura in esclusiva e l'introduzione di altri acquirenti in competizione con l'USL (medici di base o mutue volontarie).

La concorrenza in sanità è sempre più spesso invocata come *ultima ratio* per ridare efficienza e migliorare la qualità dei servizi pubblici. Questa diffusa aspirazione rifugge, tuttavia, dal portare alle estre-

me conseguenze l'operare della concorrenza di mercato. Le riforme che hanno condotto all'avvio dei mercati interni nel NHS britannico, pur essendo recenti, già lasciano intravedere i futuri assetti che questo assumerà: concentrazioni monopsonistiche dal lato degli acquirenti (da 145 DHA nel 1993 a 80-90 nel 1996 e da 6.098 GP *fundholders* a 15.000 raggruppati in vari consorzi di acquisto), fusioni e acquisizioni di ospedali²¹, privatizzazione degli *assets* degli *hospital trusts*, integrazioni verticali degli *hospital trusts* con i servizi di *primary* e *community care*, emergere di oligopoli e necessità di sviluppare un'adeguata legislazione *anti-trust* [Maynard 1994]. I problemi di regolazione che si presenteranno saranno simili a quelli delle *public utilities* privatizzate e la struttura di mercato non sarà molto diversa da quella degli USA, con la trasformazione dei GP *fundholders* in IPA (HMO tra professionisti) con popolazioni di 250-300.000 assistiti [*ibidem*, 1443].

La visione di un mercato concorrenziale – allo «stato nascente» – dominato da numerosi acquirenti che contrattano con i produttori appare piuttosto *naïf*. Una volta intrapresa la strada della concorrenza, i quasi-mercati operano come mercati *tout court*. La rappresentazione più realistica del funzionamento del mercato in sanità è pur sempre quella degli USA. L'evidenza empirica degli studi che hanno indagato sulla concorrenza in sanità appare negativa, sia ai suoi fautori «in the US competition has had the *opposite* effect to that usually expected, leading to higher costs and excess capacity» [Culyer e Posnett 1990, 12], che detrattori «evidence that competition enhances efficiency in health care markets is noticeable by its absence» [Maynard 1994, 1444].

Questa comunicazione si è sforzata di rispondere alla domanda: «Dove sta andando il servizio sanitario nazionale?». Ma non può che concludere con un'altra domanda: «È desiderabile tutto questo?».

Riferimenti bibliografici

- Balassone, F. (1994), *Finanziamento e produzione dei servizi pubblici: il sistema dei «quasi-mercati»*, in «Economia Pubblica», n. 6.
- Bariletti, A. (1982), *Nozioni di domanda e di bisogno sanitario*, in «Economia Pubblica», n. 1-2.
- Belli, P. (1995), *The theory of quasi-markets and the reform of national health systems*, London, mimeo.

²¹ Recentemente sono state pubblicate delle linee-guida su *mergers* e *joint-ventures* nel NHS [Department of Health 1994].

- Bongiorno, C. e Pescio, A. (1995), *Una soluzione integrata per la gestione ed erogazione di servizi: l'esperienza statunitense degli HMO*, relazione presentata al convegno «Sanità pubblica e privata: nuovi modelli di gestione ed erogazione di servizi», Milano, 3-4 maggio.
- Clerico, G. (1988), *Il mercato dei servizi medici*, in «Economia Pubblica», n. 12.
- Culyer, A. e Posnett, J. (1990), *Hospital Behaviour and Competition*, in Culyer A., Maynard A. e Posnett J. (a cura di), *Competition in Health Care. Reforming the NHS*, London, Macmillan.
- Department of Health (1994), *The operation of the NHS Internal Market: Local Freedoms, National Responsibilities*, NHS Executive, HSG (94)55, Leeds.
- Enthoven, A. (1980), *Health Plan: The Only Practical Solution to the Soaring Costs of Medical Care*, Reading, Addison-Wesley.
- (1993), *The history and principles of managed competition*, in «Health Affairs Supplement».
- Evans R. (1981), *Incomplete vertical integration: the distinctive structure of the health-care industry*, in J. Van der Gaag e M. Perlman (a cura di), *Health, economics, and health economics*, Amsterdam, North-Holland.
- Fenn, P., Rickman, N. e McGuire, A. (1994), *Contracts and supply assurance in the UK health care market*, in «Journal of Health Economics», vol. 13.
- Fetter, R. (Ed.) (1991), *DRGs. Their Design and Development*, Ann Arbor, Health Administration Press.
- France, G. (1994), *Modelli relazionali tra i servizi sanitari nazionali e i fornitori di prestazioni*, in G. France (a cura di), *Concorrenza e servizi sanitari*, Quaderni per la ricerca, Serie studi, n. 33, Istituto di Studi sulle Regioni-CNR.
- (1995), *Decentralization and health care reforms: the case of Italy*, relazione presentata alla European Conference ENSP/MIRE «Les transformations des systèmes de santé en Europe: vers de nouveaux contrats entre prestataires, payeurs et pouvoirs publics?», Parigi, 12-13 maggio.
- France, G. e Mapelli, V. (1995), *Deintegration versus integration processes in health reform in Italy*, relazione presentata alla «Third European Conference on Health Economics», Stoccolma, 20-22 agosto.
- Hurst, J. (1991), *Reforming health care in seven European nations*, in «Health Affairs», 7.
- Mapelli, V. (1995), *Cross national study of hospital financing: Italy*, Milano (studio curato per l'OECD, Paris).
- Maynard, A. (1994), *Can competition enhance efficiency in health care? Lessons from the reform of the UK National Health Service*, in «Social Science and Medicine», vol. 39, n. 10.
- Ministero della Sanità (1994) *Atto di intesa tra Stato e regioni per la definizione del Piano sanitario nazionale relativo al triennio (1994-1996)*, in «Gazzetta Ufficiale», n. 8.
- (1995), *Linee di guida n. 1/95: Applicazione del Decreto ministeriale 14 dicembre 1994*, in «Gazzetta Ufficiale», n. 150 del 29 giugno.

- OECD (1992), *The Reform of Health Care. A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*, Paris.
- Propper, C. (1993), *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.
- (1995), *Regulatory reform of the NHS internal market*, in «Health Economics», vol. 4.
- Rayner, G. (1988), *HMOs in the Usa and Britain: a new prospect for health care?*, in «Social Science and Medicine», vol 27, n. 4.
- Shleifer, A. (1985), *A theory of yardstick competition*, in «RAND. Journal of Economics», vol. 16.
- Taroni, F. e D'Ambrosio, M. G. (1994), *Tariffe e competizione amministrata*, in «Organizzazione Sanitaria», n. 5.
- van de Ven, W. (1989), *Health insurance reforms and incentives*, relazione presentata «alla First European Conference on Health Economics», Barcellona, 19-21 settembre.
- UK Government (1989), *Working for patients*, London, HMSO.