Rapporto CEIS - Sanità 2004

Sostenibilità, equità e ricerca dell'efficienza

a cura di
V. Atella
A. Donia Sofio
F.S. Mennini
F. Spandonaro

CEIS - Sanità Facoltà di Economia
Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Editore Italpromo Esis Publishing

© Italpromo Esis Publishing srl - Via dei Magazzini Generali, 18/20 - 00154 Roma
tel. 06.5729981; fax 06.57299822 e-mail: redazione@ihg.it

È vietata la riproduzione, la traduzione, anche parziale o ad uso interno o didattico, con qualsiasi mezzo effettuata, non autorizzata.

Rapporto CEIS - Sanità 2004

Sostenibilità, equità e ricerca dell'efficienza

Indice

Prefazione
di *Girolamo Sirchia* 17

Presentazione del Rapporto
di *Luigi Paganetto, Giovanni Tria* 19

Introduzione
di *Atella V., Donia Sofio A., Mennini F.S., Spandonaro F.* 21

Parte I - L'evoluzione del settore sanitario in Italia

A. Prospettive micro e macro economiche

Capitolo 1 - **Le previsioni di spesa sanitaria a livello nazionale e regionale: i risultati del modello econometrico SANIMOD**
di *Atella V.*

1.1 Introduzione 49
1.2 I risultati empirici e le simulazioni 50
1.3 L'evoluzione della spesa sanitaria regionale 55

Bibliografia 57

Capitolo 2 - **Le politiche farmaceutiche in Italia**
di *Barrella A.*

2.1 L'evoluzione della spesa farmaceutica 61
2.2 Le politiche nazionali 65
2.3 Gli interventi regionali 68
2.4 Analisi della spesa e delle politiche farmaceutiche 73
2.5 Conclusioni 77

Bibliografia 78

Capitolo 3 - **La ricerca dell'efficienza nel sistema regionale di assegnazione delle risorse per la sanità**
di *Fioravanti L., Spandonaro F.*

3.1 Premessa 79
3.2 La ricerca dell'equità e dell'efficienza nel sistema di distribuzione delle risorse finanziarie per la sanità 80
3.3 Le politiche di allocazione delle risorse finanziarie a livello regionale 82
3.3.1 Le politiche di allocazione sui LEA 83
3.3.2 Le modalità di assegnazione delle risorse per la sanità a livello regionale 85
3.3.3 La responsabilità finanziaria a livello regionale: il (ri)accentramento finanziario 91

3.3.4 **Responsabilità finanziaria e meccanismi negoziali** 94
3.4 **Conclusioni** 95

Bibliografia 97

Capitolo 4 - **Equità e *fairness* del Servizio Sanitario Nazionale Italiano**
di *Maruotti A., Mennini F.S., Piasini L., Spandonaro F.*
4.1 **Premessa** 99
4.2 **L'equità nel sistema di finanziamento dei servizi sanitari** 100
4.3 **L'impatto del sistema sanitario sui bilanci delle famiglie** 104
4.4 **Conclusioni** 110

Bibliografia 111

Capitolo 5 - **Equità nei ricoveri ospedalieri: differenze nord-sud**
di *Masseria C.*
5.1 **Introduzione** 123
5.2 **Come misurare l'equità** 124
5.3 **Disuguaglianza nello stato di salute e nei ricoveri ospedalieri** 124
5.4 **Scelte relative alla localizzazione dell'ospedalizzazione** 127
5.5 **Conclusioni** 131

Bibliografia 132

Capitolo 6 - **L'assistenza sanitaria integrativa: un'analisi del mercato attuale e l'impatto sui conti pubblici**
di *Borgia P., Maruotti A., Spandonaro F.*
6.1 **Premessa** 133
6.2 **La diffusione dell'assicurazione sanitaria volontaria** 134
6.3 **L'offerta nell'assistenza sanitaria integrativa** 138
6.4 **La normativa fiscale** 142
6.5 **L'impatto dell'assistenza sanitaria integrativa sui conti pubblici** 144
6.6 **Considerazioni finali** 146

Bibliografia 148

Capitolo 7 - **Le previsioni di sostenibilità della *long term care*: un confronto internazionale**
di *Donia Sofio A.*
7.1 **Introduzione** 149
7.2 **Effetti dell'invecchiamento sulla spesa sanitaria** 150
7.3 **Il finanziamento della *long term care*** 158
7.4 **Considerazioni conclusive** 162

Bibliografia 165

Capitolo 8 - **Comunicare, educare e promuovere la salute. Nuovi strumenti e strategie**
di *Giordani C.*

8.1	**Introduzione**	167
8.2	**Domanda di *health information* in Europa**	170
8.3	**Domanda di *health information* in Italia**	171
8.4	**Informazione, educazione sanitaria e promozione di *health lifestyles* in Europa e Italia**	173
8.5	**Strumenti nella nuova società dell'informazione: media, Internet e salute**	176
8.5.1	**Mass-media e salute**	176
8.5.2	**Internet e salute**	178
8.6	**Costi dei programmi di promozione della salute**	180
8.7	**Effetti della *health information*: l'impatto delle campagne informative istituzionali italiane**	182
8.8	**Il ruolo delle Istituzioni**	184
8.8.1	**Le esperienze internazionali**	185
8.8.2	**Le esperienze italiane**	186
8.9	**Considerazioni conclusive**	188

Bibliografia 193

B. Prospettive manageriali

Capitolo 9 - **Finanza innovativa nel settore sanitario: analisi dell'esperienza italiana ed europea**
di *Meneguzzo M., Matraia C.*

9.1	**Introduzione**	197
9.2	**Le strategie regionali**	200
9.3	**Finanza di progetto e partenariato pubblico-privato nel settore sanitario**	206
9.4	**Le esperienze nel Servizio Sanitario Nazionale**	207
9.5	**La *public private partnership:* esperienze in atto a livello europeo, prospettive e nodi critici**	210

Bibliografia 217

Capitolo 10 - **Il programma di razionalizzazione della spesa per beni e servizi della pubblica amministrazione. Ruolo e attività di CONSIP**
di *Bettacchi R., Russo A.*

10.1	**Introduzione**	219
10.2	**Il contesto normativo e sue evoluzioni**	220
10.3	**I servizi offerti da CONSIP per il SSN**	223
10.3.1	**Le convenzioni per beni e servizi di spesa specifica sanitaria**	224
10.3.2	**I nuovi strumenti di e-procurement (il mercato elettronico della P.A. e le gare telematiche)**	225

10.3.3 **I progetti verticali** 228
10.4 **Attività e risultati 2003 in ambito sanità** 229
10.4.1 **La rilevazione sull'andamento dei prezzi MEF – ISTAT** 234
10.4.1.1 **Prezzi medi buoni pasto** 235
10.4.1.2 **Prezzi medi carburanti rete** 236
10.4.1.3 **Prezzi medi carta (formati A4 e A3)** 236
10.4.1.4 **Prezzi medi telefonia mobile** 236
10.5 **Conclusioni** 238

Bibliografia 240

Capitolo 11 - **Ricentralizzazione delle Regioni (*grip back*) e aziende sanitarie; centrali di acquisto e servizi in rete**
di *Meneguzzo M., Roncetti L., Rossi A.G.*
11.1 **Acquisti di gruppo e centri servizi amministrativi; i primi risultati del *grip back* regionale** 241
11.2 **Il coordinamento degli acquisti in Emilia Romagna: l'esperienza della Centrale Interaziendale Approvvigionamento** 245
11.3 **I Consorzi di area vasta in Regione Toscana; strategia, linee di intervento e modello organizzativo dell'area vasta Centro Toscana** 252
11.4 **Un primo *benchmarking* sulle esperienze analizzate** 261

Bibliografia 265

Capitolo 12 - **Dalla strategia all'azione e alla rendicontazione: la *Balanced Scorecard* e il bilancio sociale nelle aziende sanitarie**
di *Frittoli G., Tanese A.*
12.1 **Introduzione** 267
12.2 **La *Balanced Scorecard* per le aziende sanitarie** 269
12.2.1 **Cos'è e cosa non è la Balanced Scorecard** 269
12.2.2 **Costruire una Balanced Scorecard** 273
12.2.3 **L'applicazione dell'approccio BSC al contesto sanitario** 274
12.2.4 **Vantaggi, criticità e svantaggi nell'utilizzo della Balanced Scorecard** 279
12.2.5 **La BSC come strumento di comunicazione e di apprendimento organizzativo nel rapporto tra azienda e professionisti** 282
12.3 **Logiche e approcci per la rendicontazione sociale in sanità** 284
12.3.1 **Bilancio sociale, bilancio di missione e bilancio di mandato nelle aziende sanitarie: di cosa si tratta?** 285
12.3.2 **Caratteristiche, significato e natura del processo di rendicontazione sociale** 288
12.3.3 **Applicazioni dei principi della rendicontazione sociale alle aziende sanitarie pubbliche** 291
12.4 **Conclusioni** 297

Bibliografia 300

Parte II- Politiche sanitarie: alcune esperienze internazionali

Capitolo 13 - **Evoluzione della spesa sanitaria nei Paesi OCSE**
di *Colombo F., Mennini F. S.*

13.1	**Introduzione**	303
13.2	**La spesa sanitaria quale porzione crescente dell'economia**	304
13.3	**La spesa sanitaria pro-capite nei Paesi OCSE varia considerevolmente**	311
13.4	**Il settore pubblico quale principale fonte di finanziamento della spesa sanitaria**	313
13.5	**La spesa sanitaria per tipologia di servizio: il ruolo crescente della farmaceutica**	318
13.6	**Conclusioni**	323
Bibliografia		334

Capitolo 14 - **Le politiche sanitarie in Francia: i recenti trend**
di *Rochaix L., Hartmann L.*

14.1	**Introduzione**	335
14.2	**Chi è responsabile di cosa? Migliorare la *governance***	336
14.3	**Il sistema di finanziamento: riforme strutturali o *burden shifting*?**	338
14.4	**La domanda di servizi sanitari: controllare le spese senza ridurre l'accesso**	339
14.5	**Regolare l'offerta: risultati incerti**	342
14.5.1	**Ospedali: da pagamenti retrospettivi a pagamenti prospettivi**	342
14.5.2	**Regolamentare i servizi medici: un compito impossibile?**	345
14.5.3	**Regolamentazione dei farmaci: dalla regolamentazione dei prezzi a quella dei volumi**	347
14.6	**Conclusioni**	348
Bibliografia		362

Capitolo 15 - **La Legge per la "modernizzazione dell'assistenza sanitaria". Effetti di breve termine e sfide a lungo termine per gli attori del mercato dell'assistenza sanitaria in Germania**
di *Janus K.*

15.1	**Introduzione**	363
15.2	**L'evoluzione della legge sulla Modernizzazione dell'Assistenza Sanitaria (Gesundheitsmodernisierungsgesetz) e i suoi obiettivi**	364
15.3	**I principali aspetti della riforma sanitaria**	364
15.3.1	**L'empowerment dei consumatori e la definizione di una rappresentanza dei pazienti**	365
15.3.2	**Qualità**	366

15.3.3 **Efficienza** 367
15.4 **Effetti sul mercato dell'assistenza sanitaria e le reazioni degli stakeholder** 369
15.4.1 **I principali effetti a breve termine emersi sino a maggio 2004** 369
15.4.1.1 **Effetti sui costi diretti** 369
15.4.1.2 **Effetti sulla qualità** 370
15.4.1.3 **Trasparenza** 370
15.4.1.4 **Effetti complessivi** 371
15.4.2 **Opportunità di lungo periodo** 371
15.4.2.1 **L'inizio della competizione** 372
15.4.2.2 **La creazione della Medical Clinics** 372
15.4.2.3 **L'erogazione dell'assistenza ambulatoriale in ospedale** 372
15.4.2.4 **L'offerta di assistenza sanitaria integrata** 373
15.5 **Discussione - Le sfide della legge sulla modernizzazione dell'Assistenza Sanitaria (Gesundheitsmodernisierungsgesetz)** 374

Bibliografia 387

Capitolo 16 - **Le politiche sanitarie in UK: i recenti trend**
di *Haycox A.*
16.1 **Introduzione** 389
16.2 **Finanziamento del NHS** 390
16.3 **Eleggibilità e *co-payment*** 390
16.4 **Le recenti direzioni di *policy*** 391
16.5 **L'incremento dell'analisi del NHS** 392
16.6 **Le politiche del NHS – *a primary care-led service*** 393
16.7 **Politiche del NHS – collaborazione nell'indirizzare la sanità pubblica** 395
16.8 **Politiche del NHS – i prodotti farmaceutici** 396
16.9 **Politiche del NHS – servizi odontoiatrici** 397
16.10 **L'orientamento futuro della politica?** 397
16.11 **Conclusioni** 398

Bibliografia 411

Capitolo 17 - **Le politiche sanitarie in Scandinavia: i recenti trend**
di *Jonsson B.*
17.1 **Introduzione** 413
17.1.1 **Quali sono le questioni e i problemi?** 413
17.2 **Le riforme in Norvegia** 414
17.3 **Le proposte di riforma in Danimarca** 416
17.4 **Dove sono le proposte svedesi?** 417
17.5 **Conclusioni** 419

Bibliografia 432

Capitolo 18 - **Le politiche sanitarie in Svizzera: i recenti trend**
di *Crivelli L.*

18.1	**Introduzione**	433
18.2	**I tratti fondamentali del sistema sanitario svizzero**	434
18.2.1	**Il quadro politico-istituzionale: alcuni cenni storici**	434
18.2.2	**Peculiarità del modello elvetico di assicurazione malattia**	437
18.2.3	**Un finanziamento della sanità complesso e fortemente iniquo**	439
18.3	**Linee di tendenza evidenziate dai progetti di riforma attualmente in discussione**	440
18.3.1	**Cambiamenti nel sistema di finanziamento e ulteriore devoluzione di poteri allo Stato centrale**	441
18.3.2	**La scommessa sul funzionamento della concorrenza tra assicuratori malattia**	445
Bibliografia		449

Capitolo 19 - **Le politiche sanitarie negli USA: i recenti trend**
di *Feldstein P.J.*

19.1	**Introduzione**	451
19.2	**Tendenze nel mercato privato dell'assicurazione sanitaria**	452
19.3	**Sviluppi legislativi nel mercato pubblico**	454
19.3.1	**L'assistenza Medicare per i farmaci**	454
19.3.2	**L'importazione parallela dei farmaci**	458
19.3.3	**La riforma sulla cattiva condotta professionale**	462
19.4	**La prospettiva di breve periodo**	462
Bibliografia		476

Index

Introduction
Atella V., Donia Sofio A., Mennini F.S., Spandonaro F. 35

Section 1. Health care evolution in Italy

A. Micro and macro economics perspectives

Chapter 1 - **National and regional health expenditure forecasts: results of SANIMOD econometric model**
Atella V. 49

Chapter 2 - **Pharmaceutical policies in Italy**
Barrella A. 61

Chapter 3 - **The search of efficiency in the regional system of allocating resources for health care**
Fioravanti L., Spandonaro F. 79

Chapter 4 - **Equity and fairness of national health service in Italy**
Maruotti A., Mennini F.S., Piasini L., Spandonaro F. 99

Chapter 5 - **Quality in hospital referrals: differences north-south**
Masseria C. 123

Chapter 6 - **Supplementary health-care assistance: an analysis of the current market and the impact on public accounts**
Borgia P., Maruotti A., Spandonaro F. 133

Chapter 7 - **The sustainability of long term care: an international comparison**
Donia Sofio A. 149

Chapter 8 - **To communicate, educate and promote health. New tools and strategies**
Giordani C. 167

B. Management perspectives

Chapter 9 - **Innovative finance in health care sector: analysis of the italian and european experiences**
Meneguzzo M., Matraia C. 197

Chapter 10 - **The program for rationalizing the public administration spending for goods and services. The Consip role and activity**
Bettacchi R., Russo A. 219

Chapter 11 - **Re-centralisation of the regions (grip back) and health-care enterprises; purchasing centres and network services**
Meneguzzo M., Roncetti L., Rossi A.G. 241

Chapter 12 - **From strategy to action to reporting: the balanced scorecard and the social balance in health-care enterprises**
Frittoli G., Tanese A. 267

Section 2. Health policy: international experiences

Chapter 13 - **Evolution of health expenditure in OECD countries**
Colombo F., Mennini F.S. 325

Chapter 14 - **Health care policy in France: recent trends**
Rochaix L., Hartmann L. 349

Chapter 15 - **Health care modernization act. Short-term effects and long-term challenges for health care**
Janus K. 377

Chapter 16 - **Health care policy in U.K.: the recent trends**
Haycox A. 401

Chapter 17 - **Health care policy in Scandinavia: the recent trends**
Jonsson B. 423

Chapter 18 - **Health care policy in Switzerland: the recent trends**
Crivelli L. 433

Chapter 19 - **Recent developments in the United States health care system**
Feldstein P.J. 465

CEIS - Sanità 2004

presentazione del Rapporto

Prefazione

Il nostro Paese è cambiato e insieme al contesto sociale, scientifico e tecnologico sono mutati i bisogni assistenziali della popolazione e sono emerse nuove esigenze di cura e di assistenza legate soprattutto alla cronicità. L'innalzamento della durata della vita media ha determinato anche un aumento delle patologie cronico-degenerative collegate all'età e spesso associate alla disabilità. Si stima che nel 2050 la spesa sanitaria per l'assistenza agli anziani costituirà più del doppio di quella destinata per le acuzie.

In questa consapevolezza, insieme alle Regioni, con l'Accordo di Cernobbio, in linea con il nuovo assetto istituzionale federalista dello Stato, abbiamo avviato il percorso per giungere al riordino del Servizio Sanitario Nazionale.

Un percorso lontano da logiche strettamente economicistiche, che ha come obiettivo prioritario la tutela della salute del cittadino e che non può prescindere dal miglioramento dell'efficienza e della qualità del Servizio Sanitario Nazionale, e quindi dalla misura degli outcomes e dall'applicazione nella pratica del Governo clinico, dalla riorganizzazione della medicina territoriale, dal potenziamento delle misure di educazione sanitaria, prevenzione e diagnosi precoce e dall'elaborazione di adeguate strategie di comunicazione e informazione al cittadino.

Per contrastare l'insorgenza di patologie prevenibili, infatti, occorre stimolare il diffondersi di una cultura della "responsabilità della propria salute" e a questo scopo corrette informazione e comunicazione costituiscono strumenti fondamentali. A tal fine il Rapporto Ceis - Sanità 2004 che approfondisce tematiche sanitarie rilevanti, come informazione e comunicazione in ambito sanitario, effetti dell'invecchiamento della popolazione sulla spesa sanitaria, equità del Servizio Sanitario Nazionale, promozione della salute, costituisce un contributo prezioso.

Il Ministero della Salute è molto attento al ruolo che la prevenzione primaria e secondaria, che ha posto tra gli obiettivi prioritari del Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, riveste nella tutela della salute. Le iniziative di contrasto al fumo, all'eccesso alimentare, all'alcolismo, alla droga, ma anche il Piano Nazionale per la Prevenzione Oncologica e degli Incidenti Cardiovascolari, sono investimenti ad altissimo ritorno sociale ed economico che non solo l'Italia, ma tutti i Paesi avanzati stanno sviluppando. Per questo sono state

realizzate, e si continuerà a farlo, campagne di comunicazione per la promozione di stili di vita salutari. Si tratta di un grande sforzo comunicativo che però ha il vantaggio di evitare molte sofferenze e costi sanitari correlati a malattie prevenibili.

La salute è per tutti il bene più prezioso e per questo impegnarci sempre più per migliorare, in termini di efficacia, equità e qualità, il Servizio Sanitario Nazionale, pubblico, solidale e universale, riaffermandone il ruolo centrale per la salute dei cittadini, è un dovere irrinunciabile.

Prof. Girolamo Sirchia
Ministro della Salute

Presentazione del Rapporto

Siamo lieti di presentare il Rapporto CEIS Sanità 2004, mantenendo così la promessa formulata l'anno scorso, ovvero per confermare un appuntamento fisso annuale dedicato alla riflessione sui problemi e sulle politiche economiche riguardanti il settore della sanità, sia in Italia sia in altri Paesi.

Questo risultato è il prodotto di una scelta strategica effettuata dal CEIS circa 10 anni fa, che ha portato alla formazione al suo interno di un Centro di ricerca prioritariamente dedicato all'attività di ricerca nel campo dell'economia e del management sanitario.

Questo Centro ha negli anni studiato le tematiche proprie dell'economia sanitaria, della valutazione economica dei progetti sanitari, del management delle aziende sanitarie pubbliche e private, sviluppando altresì una copiosa attività di ricerca, di formazione post-laurea e di assistenza tecnico-scientifica a istituzioni ed enti pubblici e privati.

In questo contesto è redatto annualmente il Rapporto CEIS Sanità, reso possibile grazie al lavoro dei ricercatori che hanno prodotto i singoli contributi e alla comune convinzione dell'importanza di offrire un supporto di analisi indipendente e oggettiva alle decisioni dei policy makers. Oggettività intesa nel senso di privilegiare l'analisi quantitativa, che è alla base di molti dei contributi presentati e che rappresenta una scelta di fondo delle attività di ricerca su cui si basa il Rapporto.

Rimandiamo all'introduzione che segue per una sintesi dei contributi che formano il Rapporto CEIS Sanità 2004. Ci limitiamo qui ad osservare che il tema dominante del Rapporto non può che essere quello dell'efficienza del sistema sanitario, sia dal punto di vista dell'impatto sulla spesa sanitaria, e quindi sui conti pubblici, sia da quello della rispondenza ai bisogni della popolazione. Una larga parte del Rapporto è, tuttavia, dedicata agli aspetti equitativi del sistema sanitario, sia sotto l'aspetto redistributivo, che su quello dell'impatto dei consumi sanitari sui bilanci delle famiglie e della parità di accesso ai servizi. Entrambe le aree di analisi si avvalgono di strumenti di analisi quantitativa elaborati dai ricercatori del CEIS.

Ci è sembrato inoltre importante monitorare aspetti strategici per lo sviluppo del sistema sanitario italiano: in particolare la promozione di comportamenti di consumo più appropriati (che è al centro di un copioso dibattito a livello internazionale), la creazione di nuovi servi-

zi ad una popolazione che invecchia (in particolare la Long Term Care), lo sviluppo di forme di assistenza sanitaria integrativa e quindi una riallocazione della spesa sanitaria privata out of pocket.

Chiude il Rapporto una rassegna dei dibattiti in corso in Europa e negli Stati Uniti sui sistemi sanitari dei vari Paesi, rassegna che si basa sulla rete di collaborazioni internazionali consolidatasi negli anni, che ci ha permesso di costituire un osservatorio di testimoni privilegiati ed autorevoli di quanto è in incubazione a livello internazionale.

L'auspicio finale è che il Rapporto possa sempre più rappresentare uno strumento utile per le scelte di politica economica e sanitaria e un momento di riflessione seria e approfondita su temi che toccano nel profondo i singoli individui e le comunità nel loro insieme.

Luigi Paganetto
Presidente CEIS
Univ. di Roma Tor Vergata

Giovanni Tria
Direttore CEIS
Univ. di Roma Tor Vergata

Introduzione

Atella V., Donia Sofio A., Mennini F. S. ,Spandonaro F.

La stesura del Rapporto CEIS Sanità 2004 è avvenuta in un periodo caratterizzato nel nostro Paese dall'assenza di interventi di politica economica in campo sanitario particolarmente significativi.
Il dibattito sulla congruità dei livelli di finanziamento rispetto ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) che le Regioni sono chiamate ad erogare non si è peraltro sopito, anche se a livello centrale (Ministero della Salute) l'attenzione si è piuttosto spostata sulla necessità di un *empowerment* dei cittadini: le iniziative più importanti del 2004 ci sembrano, infatti, quelle realizzate sul versante dell'informazione e dell'educazione sanitaria.
Questo non vuol dire che la preoccupazione per l'efficienza del sistema sia venuta meno, quanto che sembra ormai concluso il processo di responsabilizzazione regionale sulle materie organizzative e gestionali. Il 2004 è anche un anno di attesa, essendo incipiente la nuova modifica costituzionale che, superando l'impostazione basata sulla legislazione concorrente della riforma del 2001, dovrebbe portare una ulteriore *devolution* sanitaria, ovvero ancora maggiori poteri e responsabilità in capo alle Regioni.
Il dibattito sugli assetti istituzionali e sulle forme di incentivazione dell'efficienza è rimasto quindi in posizione apparentemente defilata, anche se la *devolution* si accompagna, in modo apparentemente paradossale, sempre più ad una ri-centralizzazione regionale dei poteri, sfumando così i contorni del disegno fondato sulla concorrenza amministrata fra erogatori, originariamente delineato dalle norme di riforma degli anni '90.
La prima parte del Rapporto 2004 è dedicata agli aspetti di sostenibilità finanziaria e, in particolare, alla spesa sanitaria. L'attenzione si sposta poi sulla equità del sistema e quindi sugli effetti della spesa per l'assistenza sanitaria sui bilanci delle famiglie. I capitoli successivi analizzano gli sviluppi in alcune aree strategiche che pure appaiono per ora in una situazione d'attesa: assicurazioni sanitarie integrative, *long term care*, politiche di domanda tese all'*empowerment* dei cittadini.
Una sezione di questa prima parte è dedicata alle politiche manageriali sviluppate a livello regionale e al loro impatto sulla spesa e sull'efficienza del sistema: finanza innovativa, *e-procurement* e centrali di acquisto, controllo strategico e rendicontazione sociale.
La seconda parte del volume raccoglie i contributi elaborati dai colleghi del nostro *network* di ricerca, a cui abbiamo chiesto di fornire una valutazione delle politiche sanitarie attualmente in discussione o in atto nei propri Paesi (in Europa e negli USA).
Qui di seguito riassumiamo i principali risultati delle nostre analisi; chiude una sintetica lista di raccomandazioni ai *policy makers*.

Sostenibilità e spesa

Il modello econometrico (SANIMOD) del CEIS (vd. Cap. 1 redatto da V. Atella) ha permesso di effettuare anche per quest'anno le simulazioni degli andamenti tendenziali della

spesa sanitaria pubblica. In assenza di interventi di rilievo si confermano i trend evidenziati lo scorso anno. Vale la pena in questa sede di rimarcare l'affidabilità di tali stime, visto che le previsioni elaborate nel precedente Rapporto 2003, relative alla creazione di un forte disavanzo per il 2003 e il 2004, hanno trovato piena conferma anche nelle analisi *ex-post* della Corte dei Conti (Luglio 2004).

Il dato saliente delle simulazioni è un disavanzo 2004 di € 8,4 mld che, in assenza di rivalutazione delle risorse finanziarie centrali destinate al settore, crescerebbe a € 12-13 mld. nel 2005. In altri termini, per garantire la copertura dei costi tendenziali nel 2005, le risorse per la sanità dovrebbero crescere del 12,3% e qualora, come probabile, non sia possibile reperire interamente tali risorse, sarà necessario agire sul versante dei recuperi di efficienza e/o con l'introduzione di ticket regionali. In assenza di recuperi di efficienza, i ticket aggiuntivi necessari per allineare i costi del sistema alle risorse disponibili sarebbero fortemente differenziati nelle Regioni, con un massimo di € 225 pro-capite in Liguria e un minimo di € 158 in Valle d'Aosta: in pratica una "manovra" equivalente alla completa "privatizzazione" della spesa farmaceutica.

Quanto sopra conferma la centralità delle politiche tese a una maggiore efficienza del sistema, le quali trovano peraltro ostacoli rilevanti nell'esplicare i loro effetti attesi.

Le politiche nel settore dell'assistenza farmaceutica appaiono in tal senso paradigmatiche. A fronte di un aumento considerevole degli strumenti (esaustivamente documentati nel Cap. 2 redatto da A. Barrella) utilizzati per il governo della spesa farmaceutica, fino ad oggi non è stato possibile realizzare un'effettiva riduzione o controllo della spesa farmaceutica, essendosi piuttosto determinato uno spostamento della stessa dal settore pubblico a quello privato: la spesa totale è infatti cresciuta del 2,0% fra il 2002 e il 2003, con una ulteriore impennata nei primi mesi del 2004.

Gran parte degli interventi, sia a livello centrale che regionale, sono stati fondamentalmente indirizzati a perseguire il rispetto del tetto finanziario di spesa (del 13,0% o 16,0% complessivo) che, sebbene rivolto a garantire l'uniformità di cure sul territorio nazionale, secondo lo spirito derivante dall'introduzione dei LEA, di fatto determina un ampliamento delle disparità regionali nel rapporto fra spesa e bisogni della popolazione. Gli strumenti di elezione ai fini del perseguimento di una maggiore efficienza del settore, quali il controllo sulla appropriatezza delle prescrizioni e la promozione dell'informazione indipendente sui farmaci, non riescono ancora a esplicare compiutamente la loro funzione, come è comprovato dalla forte variabilità della spesa farmaceutica pro-capite che si registra anche a livello di ASL di una stessa Regione.

Probabilmente a causa di questa permanente difficoltà nel realizzare incrementi significativi di efficienza del sistema, emerge un superamento di fatto del modello di competizione fra erogatori delineato dal D.Lgs. n. 502/1992 e confermato, seppure con alcuni correttivi rilevanti, dal D.Lgs. n. 229/1999.

Il meccanismo competitivo, ancorché possa premiare le aziende più efficienti, non sembra infatti in grado, nel contesto italiano, di razionalizzare in modo determinante il sistema sul versante dei costi.

Le ragioni possono essere in primo luogo ricondotte alla mancata separazione di ruolo fra acquirenti ed erogatori, che impedisce di trasformare i "segnali" di mercato (ad esem-

pio perdita di clienti o disavanzo strutturale) in sanzioni efficaci, come ad esempio la fuoriuscita dal mercato degli erogatori meno efficienti. Peraltro la separazione "formale" dei ruoli (separazione dei presidi ospedalieri dalle aziende territoriali) sembra essere una condizione necessaria ma non sufficiente per rendere efficace il meccanismo competitivo. La risposta delle aziende sanitarie alla maggiore costrizione dei vincoli di finanziamento/erogazione tende, sinora, ad aumentare la produzione, con evidenti rischi di inappropriatezza, piuttosto che a ridurne i costi.
Per questo motivo le Regioni (vd. Cap. 3 redatto da L. Fioravanti e F. Spandonaro) hanno cercato di far "quadrare i conti" riappropriandosi (neo-centralismo) di una quota di potere mediante la leva finanziaria, ovvero imponendo la propria programmazione finanziaria mediante vincoli di destinazione e tetti di spesa, piuttosto che promuovendo la competizione fra erogatori. Il fenomeno si realizza, peraltro, in misure diverse nelle Regioni e la ratio sembra riassumibile nella constatazione che solo le Regioni a bassi livelli storici di disavanzo sembrano "potersi permettere" di lasciare al mercato l'onere della razionalizzazione nel breve periodo.
Emerge in definitiva che nel medio-lungo periodo i meccanismi di mercato possono e devono certamente avere un ruolo importante, sempre che si realizzi un'effettiva separazione dei ruoli e dell'assetto proprietario fra acquirenti ed erogatori, ma nel breve periodo solo uno sforzo di riequilibrio finanziario potrà permettere l'avvio di un processo competitivo virtuoso.

Equità

Anche sul versante dell'equità troviamo alcune conferme delle analisi contenute nel Rapporto 2003. Il sistema di finanziamento del SSN in Italia ha perso le sue caratteristiche storiche di progressività e, con il passare degli anni, tende ad accentuare la sua regressività (vd. Cap. 4 redatto da A. Maruotti, F. Mennini, L. Piasini, F. Spandonaro).
Le ragioni sono riconducibili al crescente ricorso alle imposte indirette (in particolare l'IVA) e alla quota elevata di spesa che rimane *out of pocket* (fenomeno ampiamente discusso anche nel Rapporto dello scorso anno, soprattutto per quel che riguarda gli effetti distributivi imposti sulle famiglie).
L'analisi a livello regionale indica, inoltre, la possibilità di sorprendenti effetti regressivi delle addizionali IRPEF regionali: in alcuni casi (in particolare Valle d'Aosta e Lombardia), e malgrado la progressività delle aliquote, si configurano fenomeni di regressività impositiva a livello familiare, dovuti alle diverse possibili distribuzioni del reddito percepito dai componenti della famiglia.
Per la prima volta, per quanto ci è noto, si è applicata la metodologia suggerita dalla World Health Organization (WHO), finalizzata a misurare la *fairness* dei sistemi sanitari, integrando così l'analisi effettuata sul versante del finanziamento: l'approccio misura, infatti, gli impatti sui bilanci familiari a valle del consumo sanitario, adottando implicitamente l'idea che il ruolo dei sistemi di assicurazione (in particolare quelli di assicurazione sociale) sia quello di attenuare i rischi connessi agli eventi che riguardano la salute. L'approccio, pur non scevro di aspetti che necessiterebbero di un maggiore approfondimento, ci è sembrato esplicativo ai fini della valutazione dell'efficacia (in termini distribu-

tivi) di un servizio, quale quello italiano, dichiaratamente universalistico, globale e basato sulla solidarietà.
I risultati salienti dell'analisi mostrano un numero rilevante di famiglie che cadono sotto la soglia di povertà per effetto delle spese sanitarie: 17.452 secondo i parametri (di sussistenza) adottati dalla WHO, ma ben 342.100 nella rielaborazione da noi effettuata sulla base di soglie di povertà relativa (ISTAT) che sembrano più adeguate alla nostra realtà di Paese sviluppato. Inoltre, 511.814 famiglie, in larga misura distinte dalle prime, sono chiamate a sostenere spese sanitarie cosiddette "catastrofiche", ovvero superiori al 40,0% della propria *capacity to pay*.
Si conferma e rafforza, quindi, quanto già evidenziato nel Rapporto 2003: ad un estremo abbiamo la fragilità delle famiglie anziane monoreddito, all'altro famiglie ad alto reddito che, facendo fronte alle esigenze sanitarie autonomamente, hanno un potenziale incentivo a chiedere la libertà di fuoriuscire dal sistema sanitario obbligatorio nazionale (*opting out*).
Complessivamente la *fairness* del sistema italiano è bassa, inferiore a quasi tutti i maggiori Paesi europei: Regno Unito, Danimarca, Svezia, Germania, Spagna, Francia; anche a livello regionale nessuna Regione riesce a superare le prime 4 nazioni citate, posizionandosi tutte in una fascia che comprende sostanzialmente i nuovi Paesi emergenti dell'Est.
A conferma dell'insufficiente attenzione sull'equità del sistema, il contributo di C. Masseria (vd. Cap. 5) sembra confermare precedenti lavori condotti a livello europeo, evidenziando per l'Italia un forte livello di iniquità nell'accesso al ricovero per i pazienti cronici, nel senso che sembrano favorite le classi più ricche.

Alcune aree strategiche: sanità integrativa, long term care e politiche di domanda
Le difficoltà sopra evidenziate, sia in relazione alla sostenibilità del sistema, sia (e forse ancor di più) in relazione alla iniquità derivante dal permanere di una elevata quota di spesa *out of pocket*, giustificano un interesse verso lo sviluppo delle forme di sanità integrativa.
Da più parti si lamenta l'insufficienza degli incentivi fiscali concessi e si dibatte se le coperture assicurative private volontarie siano uno spreco di risorse in qualche modo sottratte al SSN. Sebbene riteniamo che il mancato decollo della sanità integrativa sia in realtà imputabile a un coacervo di fattori, istituzionali e organizzativi, e quindi non al solo elemento dell'incentivazione fiscale, è parso utile verificare quale sia il reale impatto della forme assicurative volontarie sul bilancio pubblico e stimarne il costo in caso di un ulteriore sviluppo.
L'impatto attuale stimato (Cap. 6 redatto da P. Borgia, A. Maruotti e F. Spandonaro) è di sostanziale neutralità (o di leggero vantaggio per i conti pubblici nella situazione attuale rispetto a quella in una ipotetica totale assenza di coperture assicurative); il risultato è spiegato dal fatto che il "costo" degli incentivi fiscali è controbilanciato dai minori costi per prestazioni che sarebbero comunque a carico del SSN. Anche considerando una prevalenza di costi fissi nel Servizio Sanitario pubblico, il costo dell'incentivo globalmente riconosciuto alle assicurazioni volontarie supererebbe di poco i € 400 milioni annui, pari a meno del 2,0% di tutta la spesa sanitaria privata. Immaginando un raddoppio delle

coperture assicurative attualmente erogate, che ancora lascerebbe l'Italia con una quota di spesa *out of pocket* fra le più alte a livello internazionale, il costo aggiuntivo per le casse pubbliche è stimabile, nell'ipotesi peggiore, in circa € 500 milioni, e tale onere si potrebbe pressoché annullare qualora si potessero evitare le duplicazioni di offerta mediante una maggiore integrazione fra servizio pubblico e settore privato.
Il ricorso all'assistenza sanitaria integrativa non comporterebbe quindi un significativo onere per le casse pubbliche, ma la duplicazione attuale delle coperture sui medesimi eventi rappresenta una evidente inefficienza del sistema nel suo complesso, con conseguenti costi che potrebbero essere eliminati o quanto meno fortemente ridotti.
Lo sviluppo della *Long Term Care* (LTC) è strettamente legato a quello delle assicurazioni integrative, stante l'attuale mancanza di indicazioni su come e dove reperire le risorse necessarie.
Nel Capitolo 7 redatto da A. Donia Sofio, alla luce dell'esperienza degli altri Paesi, si argomenta che, prestando fede alle indagini campionarie sulla salute degli anziani, le prospettive sembrano meno gravi del previsto: di fronte al deciso processo di invecchiamento della popolazione italiana sembrerebbe infatti evidenziarsi un miglioramento delle condizioni di salute degli *over 65*, dovuto in gran parte ad una più grande attenzione verso gli stili di vita, ai maggiori controlli e alla attività di prevenzione.
Se, invece, si guarda all'attuale tipologia di offerta dei servizi, il quadro è molto meno roseo. La stessa indagine rileva che pochi conoscono l'esistenza dei servizi di assistenza domiciliare integrata e ancor meno ne usufruiscono, continuando a servirsi dell'aiuto della famiglia e ricorrendo ai servizi tradizionali del medico di base e dell'ospedale. Inoltre, un quarto del campione ricorrerebbe privatamente a medici e/o strutture private. La fotografia è coerente con i dati forniti dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, che confermano l'insufficienza nell'offerta di servizi di LTC e anche le notevoli disparità regionali.
Tuttavia, in prospettiva, la diminuzione del rapporto fra giovani e anziani non rende possibile continuare a far ricadere sull'assistenza informale in ambito familiare l'onere di cura degli anziani nel prossimo futuro. Si può quindi prevedere uno scenario in cui la spesa per LTC in Italia aumenterà decisamente, non tanto per effetto dell'invecchiamento demografico o dell'aumento del tasso di disabilità, quanto per il mutamento del contesto sociale e per la carenza di strutture assistenziali appropriate, che alimenta l'utilizzo inappropriato delle strutture ad alto costo, con evidenti sprechi di risorse. In altri termini, l'attendismo che caratterizza la politica economica italiana in questo campo, sembra del tutto miope, non riconoscendo la natura di investimento delle risorse eventualmente destinate alla LTC.
L'*empowerment* dei cittadini in campo sanitario è ormai riconosciuto come un fattore determinante a lungo termine, non solo per aspetti legati alla qualità della vita, ma anche per permettere un funzionamento più efficiente dei mercati sanitari e quindi un risparmio sui costi del sistema.
La specificità dei mercati sanitari richiede, però, che l'informazione in senso stretto sia accompagnata da forme di educazione, di formazione e promozione della salute, che aumentino la consapevolezza dei cittadini sugli aspetti di prevenzione e cura delle patologie.
La novità principale (vd. Cap. 8 redatto da C. Giordani) sembra essere una maggiore

attenzione a livello internazionale su questi temi, guidata sia dalla cognizione acquisita relativamente ai rischi derivanti dall'utilizzo non controllato delle potenzialità tecnologiche per ottenere un'informazione sanitaria, sia dalla consapevolezza che i costi da sostenersi rappresentano investimenti a medio-lungo termine, senza i quali sarà sempre più difficile garantire la sostenibilità finanziaria dei sistemi sanitari.
In Italia, dove storicamente si è registrato un predominio delle politiche di offerta, si assiste ad una nuova consapevolezza istituzionale sull'importanza della domanda, come è testimoniato dalle ultime campagne di informazione sulla dissuasione dal fumo e sulla corretta alimentazione realizzate dal ministero della Salute che, stando anche alle indagini effettuate dal Censis, hanno avuto un impatto molto positivo sugli utenti, anche in termini di modifica degli stili di vita.
Si evince, peraltro, un impegno economico fortemente difforme a livello internazionale e in generale molto limitato: l'analisi effettuata sui principali progetti di promozione ed educazione sanitaria a livello internazionale ha evidenziato investimenti inferiori a € 1 procapite, dimostrando che ancora molto si può fare in questo campo.

Le politiche manageriali a livello regionale

Come già evidenziato nella prima parte dell'introduzione, la ricerca dell'efficienza è ormai questione centrale nelle politiche regionali.
Finanza innovativa, *e-procurement,* centrali di acquisto, controllo strategico e rendicontazione sociale rappresentano, senza pretesa di esaustività, aspetti centrali delle politiche regionali.
Nel Capitolo 9 M. Meneguzzo e M. Matraia testimoniano il crescente interesse per le collaborazioni pubblico-privato a livello internazionale, dimostrato dalla recente approvazione da parte dell'Unione Europea del libro verde sul partenariato pubblico-privato e dalla decisione Eurostat sul trattamento contabile delle *Public Private Partnerships* (PPP). L'impiego delle tecniche non ha però registrato un'applicazione omogenea, sebbene quasi tutti i Paesi dell'EU stiano sperimentando forme di collaborazione pubblico-privato nel settore sanitario, data la comune necessità di ammodernamento e riqualificazione delle strutture sanitarie.
In Italia, a livello aziendale, l'applicazione delle tecniche di finanza innovativa è avvenuta in modo quasi uniforme ed è stata semplificata dalla preesistenza di alcune condizioni: esaminando, ad esempio, il modello italiano di *project finance* nel settore sanitario, risulta evidente come lo stesso rappresenti un'evoluzione delle strategie gestionali di esternalizzazione condotte dalle diverse aziende sanitarie nel corso dell'ultimo decennio.
La vitalità del settore è confermata dai numeri: sono stati censiti 52 interventi per un ammontare complessivo di investimenti di circa € 3 mld., mentre sono attualmente in corso di realizzazione 38 iniziative per un ammontare di investimenti pari a € 2,4 mld.
Sul versante degli acquisti, R. Betacchi e A. Russo nel Capitolo 10 descrivono lo sviluppo dell'attività di Consip. A fine 2003 risulta che la quasi totalità delle strutture sanitarie aveva aderito al programma delle convenzioni e aveva effettuato almeno un ordine. Il numero complessivo di ordini è stato pari a 13.073. Su un totale di 1.260 punti ordinanti, ben 833 erano registrati nella modalità definita *on-line*, la quale consente, per le con-

venzioni su cui vengono attivati i cosiddetti "negozi elettronici", l'effettuazione di ordinativi di acquisto con procedure telematiche.
A fine 2003 erano state attivate complessivamente 79 iniziative, di cui 61 convenzioni nazionali su 35 principali categorie merceologiche, 7 iniziative di mercato elettronico riferite ad altrettanti ambiti merceologici e 11 locali. Il complesso di tali iniziative ha generato un risparmio potenziale medio (sia diretto che indiretto) del 21,0%, pari a circa € 3 mld.
A questo potenziale di razionalizzazione si affianca (Vd. Cap. 11 redatto da M Meneguzzo, L. Roncetti, A.M. Rossi) l'effetto del *grip back* (ricentralizzazione regionale), in particolare nel campo della costituzione di centrali di acquisto locali e di servizi in rete. Si conferma la significatività dei risparmi che possono essere innescati (anche rispetto a esperienze analoghe a livello internazionale): è stata analizzata l'esperienza della Centrale Inter-Aziendale Emiliana, che ha permesso risparmi del 14,0% sul totale degli acquisti nel 2003 e in media del 6,0% nel triennio, in sintonia con il 5,7% registrato nel Consorzio di Area Vasta di Firenze; sebbene la materia sia in continua evoluzione, emerge come si possano ottenere recuperi di efficienza degni di nota, pur con difformi filosofie ispiratrici: una logica di rete volontaria nel primo caso, di rete formale istituzionale nel secondo.
Ulteriori elementi di potenziale razionalizzazione sono analizzati nel Capitolo 12, redatto da A. Tanese e G. Frittoli. In particolare il contributo evidenzia come, a livello aziendale, si stia sviluppando una decisa tendenza a ricollegare la strategia al controllo basato sulla misurazione. A questa esigenza, tipica delle aziende sanitarie pubbliche, risponde l'utilizzo di strumenti relativamente innovativi come le *Balanced Scorecard* proposte da R. Kaplan e D. Norton. Invero, si paventa il rischio di un utilizzo del *performance measurement* totalmente autoreferenziale, a causa dell'impossibilità delle aziende sanitarie di confrontarsi in modo diretto con il mercato (come metro oggettivo delle sue *performance*). Per questo motivo si configura la necessità di correlare i sistemi di valutazione delle *performance* a processi di rendicontazione sociale; questi ultimi trasferiscono sul piano istituzionale e relazionale (con gli *stakeholder*) il meccanismo di valutazione dei risultati: in altri termini nella valutazione del successo aziendale il sistema di relazioni nelle quali l'azienda sanitaria è inserita si sostituisce ai meccanismi di mercato, perché riconduce la misura del perseguimento delle finalità istituzionali dell'azienda sanitaria al grado di soddisfacimento delle attese dei legittimi (e contingenti) portatori di interesse.

Le politiche economico-sanitarie a livello internazionale

La crescita della spesa sanitaria nei Paesi OCSE è un elemento comune a tutti i Paesi, ma una più attenta lettura dei dati fornisce un quadro differenziato delle singole situazioni dei Paesi (Vd. Cap. 13 redatto da F. Colombo, F.S. Mennini).
La spesa sanitaria annuale pro-capite nei Paesi OCSE è cresciuta in termini reali più velocemente (di quasi un punto percentuale) della crescita del reddito reale pro-capite (3,5% contro 2,8%). Dal 2002 la crescita della spesa sanitaria ha subito un'accelerazione in molti Paesi. Negli Stati Uniti, ad esempio, la quota di spesa sanitaria sul PIL è passata dal 13,0% al 14,6% (la spesa sanitaria è cresciuta tre volte più velocemente del PIL). In Italia, la spesa sanitaria è cresciuta con un tasso moderato (2,1%), ma comunque sempre più del PIL.

La spesa sanitaria USA è quella che assorbe la quota maggiore di risorse (14,6% del PIL), ma non è quella che cresce più velocemente (2,7% dal 1990 al 2002): ad esempio, nello stesso periodo, la spesa è cresciuta del 3,1% in Portogallo e del 2,9% in Svizzera.
La quota è molto difforme fra i Paesi: nella Repubblica Slovacca la spesa è ferma al 5,7% del PIL, mentre in termini dinamici risalta la diminuzione della quota di spesa sanitaria sul PIL realizzata in Finlandia (-0,5% medio annuo).
Il finanziamento pubblico rappresenta generalmente la quota principale di risorse destinate alla sanità (ad eccezione di Corea, Messico e Stati Uniti) e ammonta in media al 73,0% della spesa sanitaria totale, superando l'80,0% in diversi Paesi, quali la Repubblica Ceca, quella Slovacca, i Paesi Nord Europei, il Giappone e la Gran Bretagna. L'Italia è posizionata leggermente al di sopra della media OCSE, con una quota pubblica del 75,6% del totale della spesa sanitaria. L'assicurazione sanitaria privata rappresenta in media EU soltanto il 6,1% del totale dei finanziamenti.
Vi sono quindi due tipi di preoccupazioni legittimamente associate alla crescita della spesa sanitaria. In primo luogo, quella derivante dalla crescita della spesa in un contesto di *budget* pubblici sempre più ristretti. In secondo luogo, la maggior parte delle risorse impiegate nella sanità non sono ad un livello ottimale di qualità ed efficienza, come testimoniato in importanti studi dell'OECD. Quindi è sull'accrescimento dell'efficienza della spesa sanitaria che gli sforzi dei responsabili di politica sanitaria dovranno maggiormente concentrarsi nel futuro, evitando che il contenimento della crescita della stessa si risolva in un indesiderabile gap tra le aspettative della popolazione e la capacità dei sistemi sanitari di fornire servizi.
Queste preoccupazioni informano anche le politiche nei singoli Paesi. In Francia (Vd. Cap. 14 redatto da L. Rochaix e L. Hartmann), ad esempio, i livelli di deficit relativi ai fondi dell'istituto delle assicurazioni contro le malattie National Health Insurance (NHI) sono così alti da aver richiesto una rivalutazione della *performance* globale dello stesso sistema sanitario. Una serie di studi governativi hanno analizzato le *performance* del sistema sin dal 2000, da angolazioni diverse sebbene complementari: da ultimo le proposte del nuovo Ministro Ph. Douste-Blazy, accolte il 20 luglio con piccole modifiche da parte dell'Assemblea Nazionale e attualmente al vaglio del Senato, affrontano il tema di come finanziare il deficit.
Tuttavia esistono in Francia motivi di seria preoccupazione, perchè si preannuncia una discrepanza tra i cambiamenti strutturali identificati come necessari e la natura limitata delle proposte effettivamente in procinto di essere attuate, le quali si limitano ad affrontare il tema del riequilibrio del bilancio del NHI. La riforma in corso è infatti caratterizzata dallo spostare l'intero peso della responsabilità dell'eccessiva spesa, dai fornitori dei servizi ai suoi beneficiari, facendo uscire i medici dall'obiettivo della regolamentazione.
Analogamente in Germania (Vd. Cap. 15 redatto da K. Janus) è appena entrata in vigore una nuova riforma denominata Legge, di modernizzazione dell'assistenza sanitaria, che fa dell'*empowerment* dei cittadini, dell'efficienza e della qualità delle cure gli elementi cardine del cambiamento.
Anche in questo caso l'obiettivo fondamentale è però quello di ridurre il costo dei premi per l'assicurazione sanitaria obbligatoria che gravano sul costo del lavoro, ricorrendo in

larga misura ad una maggiore responsabilizzazione (anche finanziaria) dei cittadini.
Non di meno un elemento cardine per la qualità e l'efficienza delle cure è rappresentato dallo sviluppo dell'offerta di cure integrate, mediante cooperazione fra i vari erogatori di servizi.
Non è peraltro ancora possibile valutare gli effetti della riforma, anche se già alcuni Fondi hanno diminuito i premi o adottato sistemi di *bonus* per gli iscritti che scelgono coperture che prevedono il *gatekeeper* o l'adozione di programmi di *disease management*. In particolare, sarà necessario nel futuro valutare se si innescheranno selezioni virtuose degli erogatori, capaci di portare poi cambiamenti strutturali e quindi una razionalizzazione del sistema.
L'integrazione delle cure è anche al centro del dibattito nel NHS britannico (Vd. Cap. 16 redatto da A. Haycox), dove si guarda con particolare interesse all'esperienza delle HMO statunitensi (in particolare all'integrazione delle cure realizzata da *Kaiser Permanente*, che secondo alcuni studi ha *performance* comparabili a quelle del NHS con costi inferiori); nel mentre, il mercato interno è stato in gran parte abolito e le pressioni concorrenziali eliminate: malgrado i richiami alla competizione, il controllo centrale è stato mantenuto e le politiche sono state principalmente indirizzate all'aumento dell'attività (ad esempio per ridurre le liste di attesa).
Dall'esperienza del mercato interno nel NHS si desume, quindi, che un controllo centrale eccessivo, combinato a meccanismi di cooperazione o concorrenza, riduce nei fatti i fattori incentivanti all'interno del sistema sanitario. Per questo oggi alle organizzazioni del NHS con migliori performance, è riconosciuta maggiore autonomia gestionale, con grandi libertà nel ricercare una maggiore efficienza e migliorare i rapporti con i pazienti, con la comunità locale e il personale.
Anche l'esperienza dei Paesi scandinavi è di grande interesse per il dibattito in corso in Italia sul versante del difficile equilibrio fra *devolution* e centralizzazione delle decisioni. Durante gli anni '60, passando per gli anni '80, la regionalizzazione del sistema di assistenza sanitaria è stata perseguita fortemente in tutti e tre i Paesi Scandinavi analizzati (Svezia, Norvegia e Danimarca), accrescendo il ruolo delle Contee (Vd. Cap. 17 redatto da B. Jonsson). Durante gli anni '90 sono state introdotte riforme con l'intenzione di migliorare la gestione e la *performance* dei sistemi stessi, mantenendo invariata la struttura del sistema. Negli ultimi anni si è invece assistito ad iniziative che segnalano come un nuovo cambiamento sia in atto, e nel senso di una nuova centralizzazione.
Sia la struttura sin qui creatasi, sia i nuovi cambiamenti proposti, non si basano peraltro su analisi di *policy* particolarmente approfondite, quanto configurano reazioni a problemi specifici che sono emersi: in particolare una delle maggiori forze trainanti per la centralizzazione è oggi una minore accettazione delle diversità regionali (liste di attesa etc.), ma anche ragioni di efficienza legate al coordinamento delle strutture e, non ultimo, ragioni di gestione finanziaria delle sovvenzioni centrali alle Regioni e Contee.
Anche in un altro Paese caratterizzato da un federalismo spinto, la Svizzera, oggi sono in atto (Vd. Cap. 18 redatto da L. Crivelli) riforme importanti, richieste sia da una evidente difficoltà nel gestire la spesa sanitaria e nel tenere sotto controllo la sua evoluzione, sia dal fatto che il finanziamento del sistema sanitario svizzero è tra i più iniqui in Europa. In

particolare, a fronte dell'esigenza di ridurre l'eccesso di offerta e il volume delle prestazioni (inappropriate) erogate, si dibatte oggi sulla possibilità di abolire il cosiddetto "obbligo a contrarre", ovvero di mettere in condizione gli assicuratori, che garantiscono le coperture assicurative sanitarie, di scegliere con quali strutture e professionisti stipulare contratti.
A fronte di una evidenza empirica che sembra indicare una domanda assicurativa di assistenza sanitaria sostanzialmente inelastica al prezzo, le problematiche principali da affrontare riguardano il rischio che con l'abolizione dell'"obbligo a contrarre" si scateni una competizione al ribasso sul profilo qualitativo dell'assistenza prestata, che si instaurino forme scorrette di selezione dei rischi da parte degli assicuratori, che la rendita di cui hanno goduto i medici in passato, anziché essere trasferita ai pazienti, sia "catturata" dagli assicuratori malattia, e infine che non si riescano a mantenere e rafforzare i meccanismi competitivi.
Per ultimo il contributo di P.J. Feldstein (Cap. 19) testimonia quali siano negli USA le principali riforme in atto e quali le questioni irrisolte, in un anno particolare che vedrà a breve le elezioni Presidenziali.
Si consideri, in primo luogo, che il mercato privato dell'assicurazione sanitaria USA ha subito, negli ultimi anni, una radicale trasformazione, soprattutto come risultato di due forze correlate: l'indebolimento degli approcci tradizionali di contenimento dei costi rappresentati dalla *managed care* e il rapido aumento nei premi. Il risultato di queste tendenze è stato da un lato un aumento nel numero dei non assicurati, dall'altro, cambiamenti nei tipi di prodotti assicurativi offerti e nei metodi usati dagli assicuratori sanitari per limitare l'aumento dei costi medici. In particolare la cosiddetta "assistenza sanitaria guidata dal consumatore" configura una situazione in cui, in cambio di premi inferiori, i consumatori sopportano una più grande responsabilità finanziaria per l'utilizzo di servizi medici, mediante alte franchigie e compartecipazione al costo, o copertura solo per eventi catastrofici. L'evidenza aneddotica da parte degli assicuratori sanitari suggerisce che queste polizze si stanno dimostrando popolari tra i piccoli imprenditori e i lavoratori autonomi, gruppi che tipicamente sono poco assicurati. È, tuttavia, troppo presto per determinare quanto le polizze condotte dal consumatore diventeranno popolari e quanto grande sarà la loro quota dell'intero mercato assicurativo sanitario.
Il secondo approccio usato dagli assicuratori privati per limitare l'aumento nei loro premi è la medicina *evidence-based*. Le compagnie assicurative private si sono fuse in imprese sempre più grandi e hanno cominciato ad usare le informazioni di cui dispongono per analizzare i dati sulle richieste dei pazienti. Basandosi su questi dati, gli assicuratori sono in grado di analizzare i protocolli di cura prescritti per specifiche diagnosi dai medici in differenti parti del Paese assieme ai risultati ottenuti, con possibili forti risparmi nell'utilizzo delle risorse, senza ridurre la qualità dell'assistenza.
Sul versante della sanità pubblica dobbiamo registrare che nel dicembre 2003 il Congresso ha disposto un allargamento dell'assistenza riguardante la prescrizione di farmaci per gli anziani, il *Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act*. Questa legge è stata il cambiamento più radicale in Medicare dalla sua istituzione ed è valutato molto costoso per le casse pubbliche. Sul versante dei non assicurati permane

invece la difficoltà dovuta ai costi delle nuove coperture, ma sono anche le differenze ideologiche tra i partiti politici sul modo in cui il sistema dell'assistenza sanitaria dovrebbe evolversi, a rendere difficile un accordo sul come i non assicurati dovrebbero essere sovvenzionati per le cure mediche, ovvero se inseriti in programmi assicurativi pubblici o forniti di crediti d'imposta rimborsabili. Sino a quando queste differenze ideologiche tra i partiti politici non saranno risolte, è improbabile che i non assicurati riceveranno un'espansione della copertura assicurativa sanitaria.
L'importazione parallela dei farmaci è diventato un ulteriore importante tema di legislazione sanitaria, in quanto le imprese farmaceutiche statunitensi vendono i loro farmaci in Canada (e altri Paesi) a prezzi più bassi di quelli ai quali gli stessi farmaci sono venduti al dettaglio nelle farmacie degli USA e questi Paesi li rivendono ai pazienti statunitensi (soprattutto via Internet). Sebbene il Presidente Bush sia contrario all'importazione parallela, questa è diventata un tema elettorale di grande visibilità, che sta guadagnando appoggio politico da entrambi i partiti, perché consente ai consumatori meno abbienti, prevalentemente anziani, di acquistare i farmaci di cui hanno bisogno a prezzi inferiori. È però improbabile che i politici siano così ingenui da non realizzare che, se l'importazione parallela verrà permessa, le imprese farmaceutiche statunitensi ridurranno le loro vendite ad altri Paesi, oppure semplicemente praticheranno agli altri Paesi gli stessi alti prezzi imposti alle farmacie americane.
Infine i premi assicurativi per proteggere i medici da cause professionali sono in rapido aumento, in particolare per alcune specializzazioni mediche, come gli ortopedici e gli ostetrici. I medici, attraverso la loro associazione professionale, l'*American Medical Association*, hanno chiesto una legge federale per limitare l'ammontare che può essere concesso a pazienti danneggiati nelle loro cause legali come rimborso per "il dolore e la sofferenza".
In prospettiva è possibile ipotizzare che, nonostante le grandi differenze ideologiche tra i due partiti politici e senza tenere conto di chi sarà eletto Presidente e quale partito controllerà il Congresso, è improbabile che alcuna legge sanitaria che richieda significanti risorse di bilancio potrà essere emanata nei prossimi anni. Anzi, per ridurre il deficit e posporre l'insolvenza di *Medicare*, è probabile che il Governo riduca i pagamenti ai medici e agli ospedali. Forse la previsione più sicura è che per i prossimi anni, mentre rimarrà una grande attenzione sul numero dei non assicurati, poco o nulla sarà fatto per ridurne il numero.

Raccomandazioni

L'analisi dei sistemi sanitari a livello internazionale dimostra come tutti Paesi affrontino le pressioni del settore sanitario sui propri *budget* pubblici; le risposte si concentrano sui recuperi di efficienza, non a scapito della qualità dell'assistenza, e sull'*empowerment* dei cittadini.
Se largamente comuni sono i problemi e gli strumenti proposti, diversi sono i punti di partenza e, in particolare, gli assetti istituzionali e organizzativi, nonché le capacità di tradurre le idee di riforma in cambiamenti strutturali.
L'Italia non fa certamente eccezione in quanto a priorità; peraltro l'assetto istituzionale,

risultante di 25 anni di riforme, ha alcuni riconosciuti punti di forza, ma denuncia oggi anche altrettanti fattori di debolezza.

Per far fronte a questi ultimi, l'agenda degli interventi dovrebbe (senza pretesa di esaustività) tenere conto che:

1. sul versante della sostenibilità finanziaria, il 2005 si preannuncia l'ennesimo anno "zero" per la determinazione dei fabbisogni sanitari, con la rideterminazione delle risorse centralmente messe a disposizione del sistema. Sempre che si trovino risorse cospicue nel bilancio pubblico, già oggi si può stimare che per una effettiva sostenibilità del sistema saranno necessari recuperi di efficienza per almeno € 6 mld., ovvero che vengano introdotte maggiori imposte locali o compartecipazioni per la quota residua. Sulla questione dell'efficienza non si può quindi abbassare la guardia, anche in considerazione dell'enorme variabilità di *performance* fra le strutture del SSN, che induce a ritenere che esistano ancora ampi spazi di miglioramento;
2. l'incentivazione ad una maggiore appropriatezza nell'utilizzo dei farmaci è un fattore ineludibile a medio termine; si conferma la necessità di prevedere interventi e politiche che non siano rivolte esclusivamente a fronteggiare gli incrementi di spesa, suggerendo piuttosto l'esigenza di una politica, non solo farmaceutica, basata sulla conoscenza reale dei bisogni della popolazione e sulle risposte più adeguate: la politica dei tetti di spesa indistinti sembra sostanzialmente foriera di inefficienze e iniquità;
3. va attentamente monitorata l'equità del sistema, per evitare ingiustizie e spinte alla fuoriuscita dal sistema stesso. Così come già ampiamente evidenziato nel precedente Rapporto 2003, i dati del presente Rapporto indicano che al fattore equità non si dedica sufficiente attenzione: la situazione italiana non è brillante in sé, e neppure nei confronti internazionali, oltre ad essere in continuo peggioramento. Si segnala, quanto meno, la parziale inefficacia di alcune regolamentazioni importanti, quali la compartecipazione alla spesa e le relative esenzioni;
4. la necessità di promuovere l'equità e non abbassare la guardia sul versante dell'efficienza induce all'opportunità di effettuare una valutazione sull'utilità, o addirittura sulla necessità, di ripensare complessivamente il sistema di incentivi all'interno del sistema, in particolare a causa della inefficacia dei meccanismi competitivi in presenza di disavanzi finanziari rilevanti; ne segue l'indicazione a promuovere investimenti tesi a riavvicinare le Regioni in maggiore disavanzo a quella soglia di (dis)equilibrio, all'interno della quale i meccanismi competitivi riescono ad esplicare la loro azione. Ovviamente questo comporta altresì un ripensamento del meccanismo di riparto delle risorse, che insieme alla misura del bisogno, tenga in considerazione anche l'incentivazione di comportamenti tesi ad una maggiore efficienza ed appropriatezza;
5. l'*empowerment* dei cittadini è un valore in sé, ma anche un fattore strategico nel lungo termine ai fini della sostenibilità del sistema. Nel programmare e potenziare gli interventi in questo campo, ci sembra si possa raccomandare una maggiore attenzione all'informazione di base, in quanto elementi oggettivi sono necessari per alimentare un valido processo di promozione, comunicazione e programmazione. Nel nostro Paese si assiste ad una cresciuta attenzione istituzionale sul tema, ma anche ad una storica carenza di informazione statistica sulla morbilità, senza la quale sarà, ad esempio, difficile agire sul

versante dei cosiddetti *non meet needs*, ovvero dei bisogni che non hanno modo di trasformarsi in una domanda effettiva, pur crescendo nel tempo la consapevolezza nei loro riguardi. Il rischio che si paventa è che nel processo di promozione e comunicazione si veicolino solo quei bisogni che trovano una paternità in interessi del settore produttivo e che tipicamente sono espressi da collettività forti, lasciando gli altri in una sorta di spazio dei "bisogni orfani";

6. LTC e sanità integrativa non possono essere interpretati come meri fattori di costo aggiuntivo: in assenza di alternative alle attuali offerte di cura e copertura, si alimenta un meccanismo di inefficiente/inappropriato uso delle risorse esistenti, innescando un meccanismo perverso di spreco che allontana sempre più la possibilità di estendere le opportunità di tutela;

7. vanno attentamente monitorati i meccanismi di promozione delle reti formali e informali, in quanto le esperienze analizzate indicano che sono portatrici di risparmi e razionalizzazione. A livello aziendale va probabilmente ripensato il meccanismo di *accountability* delle aziende sanitarie pubbliche, sviluppando e integrando le forme di controllo strategico e rendicontazione sociale.

Introduction

Atella V., Donia Sofio A., Mennini F. ,Spandonaro F.

The CEIS Report on Health for 2004 was drafted in a period characterized by the lack of any significant economic policy measures in the field of health in Italy.
The debate on the congruity of financing, vis-à-vis the Essential Levels of Care the Regions are required to provide, has hardly dwindled, although the focus at central government level (Ministry of Health) has shifted on the issue of the empowerment of citizens: the most important initiatives in the year, in fact, appear to be those aimed at enhancing health information and education.
This doesn't mean that the concern for the system's efficiency has abated, but rather that the process of responsibilization of the regional governments, with regard to organizational and management matters, seems to have been completed. 2004 is also a year of expectations, in connection with the constitutional reform process which is under way; going beyond the arrangement based on the concurrent legislation of the 2001 reform, it should lead to further devolution in the field of healthcare, i.e. even greater powers and responsibility devolved to the regions.
Therefore, the debate on institutional arrangements, and on the ways and means of enhancing efficiency, has apparently waned, although the so-called process of "devolution" is - paradoxically - increasingly accompanied by a recentralization of power at regional government level, thus blurring the contours of the original design based on managed competition between providers, as originally outlined in the reform proposals of the 90s.
Part one of the 2004 Report is dedicated to financial sustainability issues, and health expenditure in particular. The focus then moves to the fairness of the system and the effects of health expenditure on household balances. The following chapters then analyse the developments taking place in certain strategic areas currently in stand-by, such as supplementary health insurance, long term care, demand-side policies aimed at the empowerment of the citizen.
Part two is dedicated to the management policies developed at regional level and their impact on expenditure and efficiency: innovatory finance, e-Procurement and purchasing centres, strategic control and social reporting.
Part two also features papers contributed by certain members of our research network, whom we asked to provide an assessment of the health policies currently being debated, or implemented, in their own countries (Europe and the USA).
Following is a summary of the key results of our analysis and, at the end, a list of recommendations to policymakers.

Sustainability and expenditure

For another year running, CEIS employed the SANIMOD econometric model to simulate public health expenditure trends (see Chapter 1 by V. Atella). Lacking the implementation of any significant measures, last year's trends have been confirmed. It is expedient here to underline the

reliability of these estimates, given that the forecasts set out in last year's 2003 Report, and relating to the creation of a large deficit in 2003 and 2004, have been fully confirmed also in the ex post analyses by the *Corte dei Conti* (the National Audit Office) (July 2004).
The key figure in the simulations is a 2004 deficit of € 8.4 bn, which is expected to rise to € 12-13 bn in 2005, due to the fact that there has been no increase of the financial resources earmarked by central government for the sector. In other words, in order to cover rising trend costs in 2005, the resources set aside for health should grow by 12.3%, and if it should prove impossible to find these resources, as seems likely, it shall be necessary to intervene by enhancing efficiency and/or introducing regional prescription fees (the so-called "ticket"). In the absence of efficiency improvements, the additional prescription fees needed to put health system costs in line with the available financial resources would differ greatly from region to region, ranging from a maximum of € 225 *per capita* in Liguria, to a minimum of € 158 in Valle d'Aosta: in practise, a set of financial measures tantamount to the wholesale "privatization" of pharmaceutical expenditure.
The above confirms the key role played by efficiency-enhancing policies which, moreover, encounter significant hurdles in delivering the expected results.
The pharmaceutical policies appear to be paradigmatic in this respect. Despite the large-scale increase in the number of instruments employed to govern pharmaceutical expenditure (and exhaustively illustrated in Chapter 2 by A. Barrella), it has proved impossible, to date, to effectively reduce or control it; on the contrary, it has shifted from the public to the private sector, total expenditure, in fact, rising by 2.0% between 2002 and 2003, with a further peak at the beginning of 2004.
Most of the measures put into place at both central and regional levels, were aimed primarily at ensuring compliance of the expenditure ceiling (13.0% or 16.0% overall) which, although designed to guarantee nationwide uniformity of care (according to the spirit of the Essential Levels of Care) has actually widened the gaps between the regions, with respect to the relationship between expenditure and the actual needs of the population. The instruments adopted to enhance efficiency in the sector, such as controlling the appropriateness of prescriptions and promoting independent information on medical drugs, have still to fully achieve their targets, a fact that is further stressed by the enormous differences in *per capita* pharmaceutical expenditure even among the local health authorities within a single region.
It is probably due to this ongoing difficulty in achieving significant improvements of the system's efficiency that the model of competition between providers set out in D.Lgs. No. 502/1992, and substantially confirmed - albeit with several significant corrections - by D.Lgs. No. 229/1999, has been sidestepped.
This competition mechanism, in fact, even though it does reward the more efficient local health authorities, does not seem capable, in the Italian context, of significantly rationalizing the system cost-wise.
The reasons for this are primarily due to the failure to establish a clear-cut separation between purchasers and providers, which prevents the translation of certain market "signals" (such as, for example, the loss of customers or structural deficit) into effective penalties, such as the disappearance from the market of the less-efficient providers. Moreover, the "formal" separation of roles (i.e. the splitting of hospital facilities from the local health authorities) seems to be a

necessary, albeit insufficient, condition for enhancing the effectiveness of competition. To date, the response by the local health authorities to the tightening of financial constraints has been to increase production - with obvious risks of inadequacy - rather than to cut costs.
This is why the regional governments (see Chaper 3 by L. Fioravanti and F. Spandonaro) are attempting to "balance their accounts" by resuming control over the financial lever (neo-centralism), that is by imposing their own financial programming through the introduction of appropriation constraints and expenditure ceilings, rather than by promoting competition among the providers. The measures, moreover, differ from region to region, but the general rationale can be summarised in the observation that only the regions with a historically low deficit can "afford" to entrust short-term rationalization to the market.
In conclusion, it emerges that, in the medium-to-long term, the market mechanisms can - and indeed should - play a key role in this respect, as long as a separation is effectively ensured between purchasers and providers, as regards functions and ownership, while in the short term financial rebalancing alone will be able to trigger a virtuous process of competition.

Fairness

The analsyses set out in the 2003 Report are confirmed also with regard to fairness-related issues. The system for funding the National Health System in Italy has gradually lost its historically progressive nature, accentuating its regressiveness over the years (see Chapter 4 by A. Maruotti, F.S. Mennini, L. Piasini, F. Spandonaro).
This has been due to the growing use of indirect taxation (VAT first and foremost) and to the large percentage of out-of-pocket expenditure (extensively addressed in last year's Report, especially in connection with its distributive effects on households).
Furthermore, the analyses carried out at regional level have highlighted the possibility of regional surtax having surprising regressive effects: in some cases (in particular Valle d'Aosta and Lombardy), and despite the progressiveness of the rates, there are regressive taxation effects on households, due to the different distribution of income as perceived by the members of the household.
The method suggested by the World Health Organization (WHO) for measuring the fairness of health systems was adopted for the first time, to the best of our knowledge, thus integrating the financial analyses: this approach, in fact, measures the downstream effects of health service consumption on household balances, implicitly adopting the concept that the role of insurance systems (and especially of social insurance systems) is that of diminishing the risks descending from health-related events. This approach - which, nevertheless, features certain aspects in need of further investigation - seems to us to be explicative, with respect to the assessment of the effectiveness (in distributive terms) of a healthcare system, such as the Italian one, which is declaredly universal, global and solidarity based.
The key results of the analyses show that a large number of households fall below the poverty line because of health-related expenses: 17,452 according to the (subsistence) parameters adopted by the WHO, a figure that rises to a staggering 342,100 in our recalculation, based on the relative poverty lines (ISTAT), which seem more appropriate to Italy's situation as a developed country. A further 511,814 households, largely distinct from the former, are required to incur so-called "catastrophic" health expenses, i.e. exceeding their capacity to pay by 40,0%.

The highlights of the 2003 Report, therefore, are confirmed and, indeed, strengthened: at one end of the scale we find fragile single-income elderly households, while at the other end there are high-income households which, by providing for their health needs indepedently, are potentially motivated to advocate the freedom to opt out of the mandatory national health system.
On the whole, the fairness of the Italian system is rather low, lower than that of all the major European countries: United Kingdom, Denmark, Sweden, Germany, Spain and France; even at regional level, none of the regions do better than the first four above-mentioned countries, and all of them classified in a group that substantially includes the emerging countries of Eastern Europe.
The inadequate focus on the system's fairness is further confirmed by C. Masseria's contribution (see Chapter 5), along the lines of previous papers at European level, highlighting - in the case of Italy - a large-scale unfairness in the hospitalization of chronic patients, in the sense that it seems to favour the "better-off".

Some strategic areas: supplementary healthcare, long term care and demand-side policies

The difficulties mentioned above - with regard to both the sustainability of the system and, perhaps even more, the unfairness descending from an ongoing high percentage of out-of-pocket expenditure - justify an interest in the development of forms of supplementary healthcare services.
Many lament the inadequacy of the available tax benefits, and there is a debate as to whether voluntary private health insurance is tantamount to a waste of financial resources, which are somehow subtracted from the National Health Service. Although we believe that the failed take-off of supplementary healthcare plans is actually due to a number of reasons - both institutional and organizational - and not just to the insufficient tax benefits, we have deemed it expedient to verify the real impact of voluntary private health insurance on the national budget and estimate its cost in the event of further development.
The present estimated impact (Chapter 6 by P. Borgia, A. Maruotti and F. Spandonaro) is basically neutral (or features a slight advantage for public accounts in the present situation, as compared to a hypothetical total absence of insurance covers); this result is explained by the fact that the "cost" of the tax benefits is set off by the lower costs for health services charged to the National Health Service. Considering a predominance of fixed costs in the National Health Service, the overall cost of voluntary health insurance incentives would only slightly exceed € 400 million per year, equal to less than 2.0% of all private healthcare expenditure. Even if the insurance covers should double - which would still mean a level of out-of-pocket expenditure in Italy among the highest, internationally - the additional cost for public accounts can be estimated, in the worst case scenario, in about € 500 million, and this burden could actually be annulled if it were possible to avoid the duplication of services by means of a greater integration between the public and private sectors.
Supplementary healthcare, therefore, does not necessarily entail a significant burden on public finances, but the current duplication of cover for the same events represents an obvious inefficiency of the system as a whole, with ensuing costs that could be eliminated, or at least greatly reduced.

The development of *Long Term Care* (LTC) is closely linked to that of supplementary insurance schemes, given the present lack of indications on how and where to find the necessary resources.

Chapter 7, by A. Donia Sofio, maintains that, in the light of the experience in other countries, and based on the results of sample surveys on the health of the elderly segments of the population, the perspective is less serious than expected: despite the large-scale process of ageing of the Italian population, in fact, there appears to be an improvement in the health of over 65-year olds, due to a greater emphasis on good lifestyles and improved medical examinations and prevention.

If, on the contrary, we examine the present range of available services, the picture appears much less bright. The same survey reports that very few people know that there are integrated home care services and even less actually make use of them, preferring to rely on either their family or on traditional facilities, such as the family doctor or hospitals. What's more, a fourth of the sample expressed their preference for a private doctor and/or hospital facility. The picture is consistent with the figures provided by the *Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali* (Agency for Regional Health Services), which confirm the overall inadequacy of the available LTC services and considerable regional disparities.

However, in perspective, the drop in the ratio between the young and the elderly means that we cannot continue to rely for much longer on informal care of the elderly within the family. What we can expect is a scenario in which expenditure for LTC in Italy will increase sizably, not so much because of the ageing of the population or the increased disability rate, but due to changes in the social structure and the lack of appropriate care facilities, which increases the inappropriate use of more costly facilities, with an obvious waste of resources. In other words, the "wait-and-see" attitude that characterizes economic policy in Italy in this sector, seems hopelessly short-sighted, in that it does not acknowledge the investment nature of the resources earmarked for LTC.

Empowering the citizen in healthcare is now generally acknowledged as a decisive long-term factor, not only for quality-of-life related aspects, but also to enable the more efficient operation of the health markets and, therefore, to cut overall costs.

The special nature of the healthcare markets, however, requires that the information be accompanied by forms of health education, training and promotion, capable of increasing the awareness of the public of disease prevention and care.

The principal innovation (see Chapter 8 by C. Giordani) seems to be a greater focus on these issues at international level, guided by both the available knowledge of the risks associated with the uncontrolled use of the technological potential to obtain health information, and the awareness that the costs to be incurred represent medium-to-long term investments, without which it will be increasingly difficult to assure the financial sustainability of the healthcare systems.

In Italy, where supply-side policies historically predominate, there is a new institutional awareness of the importance of the demand side, as testified by the latest information campaigns against smoking and correct eating habits sponsored by the Ministry of Health which, according to the latest polls by Censis, have had a positive effect on consumers, also in terms of changing their lifestyles.

Moreover, there is a greatly differing (and generally very limited) financial commitment at international level: the analyses carried out on the principal health promotion and education projects at international level has highlighted investments below € 1 per capita, proving that a lot more can still be done in this field.

Regional management policies

As already highlighted in the first part of the introduction, the search for efficiency is now a key issue in regional policies.

Innovatory financing, e-Procurement, purchasing centres, strategic control and social reporting, among others, have become key aspects of regional policies.

In Chapter 9, M. Meneguzzo and M. Matraia testify to the growing interest for public-private sector partnerships at international level, demonstrated by the recent approval, by the European Union of a green paper and by Eurostat's decision on the accounting treatment of PPPs (Public Private Partnerships). The techniques, however, have not been uniformly applied, although almost all European countries are testing forms of public-private partnership in the health sector, given the common need to modernize and upgrade healthcare facilities.

In Italy, the application of innovatory financial techniques by the health authorities has occurred almost uniformly and simplified by the pre-existence of certain conditions: if we examine, for example, the Italian model of project financing in the health sector, this clearly represents an evolution of the outsourcing strategies conducted by the health authorities in the last decade. The vitality of the sector is confirmed by the figures: 52 projects have been surveyed, totalling investments for about € 3 bn, while 38 projects are currently under way for € 2.4 bn.

With regard to purchasing, R. Betacchi and A. Russo in Chapter 10 describe the development of CONSIP. At the end of 2003 almost all the local health facilities and authorities in the country had joined the CONSIP procurement scheme placing at least one order. Orders totalled 13,073. In a total of 1,260 ordering centres, no less than 833 were recorded as "online", allowing e-Procurement transactions.

At the end of 2003 a total of 79 initiatives had been started, comprising 61 nationwide agreements concerning 35 categories of goods, 7 e-Market initiatives for an equal number of goods categories and 11 local initiatives. Overall, these transactions produced average (direct and indirect) savings for 21.0%, equal to about € 3 bn.

Alongside this potential for rationalization (see Chapter 11 by M Meneguzzo, L. Roncetti, A.M. Rossi) there is the so-called "grip back" effect (regional recentralization), especially as regards the establishment of local purchasing centres and online services.

The importance of the savings that can be achieved (also compared to similar experiences at international level) was confirmed: the experience of the Emilia-based Inter-Health Authority Centre was surveyed, which had allowed savings of up to 14.0% on all purchases in 2003 and of 6.0%, on average, in the three-year period, consistently with the 5.7% savings reported by the Florence-based *Consorzio di Area Vasta*; although the issue is a continuously changing one, it is clear that sizable efficiency improvements can be achieved, despite differences in the underlying principles: a voluntary network, in the former case, and a formal institutional network, in the latter.

Further elements of potential rationalization are examined in Chapter 12, by A. Tanese and G.

Frittoli. In particular, they highlight how there is a determined trend among local health authorities to reconnect strategy and measurement-based control. This requirement, which is typical of public health facilities, has led to the adoption of some relatively innovatory tools, such as the *Balanced Scorecard* proposed by R. Kaplan and D. Norton. Moreover, there is also the likelihood of using an entirely self-referential *performance measurement* system, because of the impossibility by the local health authorities to confront themselves directly with the market (as an objective measure of their performance). Therefore, the need is felt to correlate the performance assessment systems with social reporting processes; the latter transfer the result assessment mechanism onto an institutional and relational level (with the stakeholders): in other words, in assessing a facility's success, the system of relations of which the healthcare facility is a part replaces the market mechanisms, because it links the measure of the achievement of its institutional goals to the level of satisfaction of the expectations of its legitimate (and contingent) stakeholders.

Economic and health policies at international level

Th growth of health expenditure in the OECD countries is common to all the member countries, but from a more detailed analysis of the figures there emerge different pictures of the single countries (see Chapter 13 by F. Colombo, F.S. Mennini).

Per capita health expenditure in the OECD countries has grown more rapidly in real terms (by almost one percentage point) than the growth of the *per capita* real income (3.5% compared to 2.8%). Since 2002, the growth of health expenditure has undergone an acceleration in many countries. In the United States, for example, the share of health expenditure on the GDP rose from 13.0% to 14.6% (health expenditure increased three times faster than the GDP). In Italy, health expenditure increased at a lower rate (2.1%), but higher than the GDP.

Health expenditure in the USA absorbs the largest amount of resources (14.6% of the GDP), but it's not the sector that grows at the fastest rate internationally (2.7% between 1990 and 2002): for example, in the same period, expenditure grew by 3.1% in Portugal and 2.9% in Switzerland.

The percentage differs considerably from country to country: in the Slovak Republic expenditure is at a standstill at 5.7% of the GDP, while in dynamic terms it highlights the reduction of the share of health expenditure, with respect to the GDP, achieved in Finland (-0.5% on average per year).

Public financing generally accounts for the largest share of resources earmarked for health (with the exception of Korea, Mexico and United States) and totals on average 73.0% of total health expenditure, exceeding 80.0% in various countries, such as the Czech and Slovak Republics, the North European countries, Japan and the UK. Italy is slightly above the OECD average, with a public share of 75.6% of total health expenditure. Private health insurance accounts for 6.1% of the total, on average.

There are two types of preoccupation legitimately associated with the growth of health expenditure. Firstly, that descending from the growth of expenditure in a situation of increasingly tightened budgets. Secondly, most of the resources employed in health cannot be classified at an optimum level of quality and efficiency, as testified in important studies by the OECD. Therefore, it is on the increased efficiency of health expenditure that the efforts of the health managers

should focus in the future, preventing the reduction of the growth rate of health expenditure from widening the undesirable gap between the expectations of the people and the capacity of the health systems to provide services.

These preoccupations also inform the policies within the single countries. In France (see Chapter 14 by L. Rochaix and L. Hartmann), for example, the levels of deficit of the *National Health Insurance* (NHI) are so high as to have warranted a reappraisal of the global performance of the health system itself. A series of government surveys have examined the system's performance since 2000, from different - albeit complementary - viewpoints: last but not least, the proposals of the new Minister, M. Ph. Douste-Blazy, accepted on 20th July - with only slight amendments - by the National Assembly and currently under examination at the Senate, addressing the issue of how to finance the deficit.

In France there are serious reasons for concern, however, because a discrepancy will probably be found between the structural changes identified as necessary and the limited nature of the proposals about to be effectively implemented, which merely consist in tackling the issue of rebalancing the NHI budget. The reform under way, in fact, shifts the burden of the responsibility of excessive expenditure from the providers of the services to the beneficiaries, thus removing the medical personnel from the objective of regulation.

Likewise in Germany (see Chapter 15 by K. Janus) a new reform law, called Law of modernization of health care, has just entered into force, whose cornerstones are empowering the citizen and ensuring the efficiency and quality of care.

In this case also the key objective, however, is that of reducing the cost of the premiums of the mandatory health insurance weighing on labour costs, by largely resorting to a greater (also financial) responsibilization of the public.

No less a cornerstone for ensuring the quality and efficiency of care is the development of integrated care, through the cooperation of the various service providers.

Moreover, it is not yet possible to assess the effects of the reform, although several Funds have already cut their premiums or adopted Bonus systems for members chosing policies providing for a "gatekeeper", or the adoption of "disease management schemes". In particular, it will be necessary in the future to assess whether a virtuous selection of the providers will be triggered, capable of leading to structural changes and a rationalization of the entire system.

Integration of care is also the focus of the debate concerning the NHS in the UK (see Chapter 16 by A. Haycox), where special attention is being paid to the experience of the US HMOs (in particular, the care integration achieved by Kaiser Permanent which, according to certain studies, features performance levels comparable with those of the NHS, but at lower costs); in the meantime, the internal market has been largely abolished and the pressure of competition eliminated: despite references to competition, central control has been maintained and the policies primarily concern the increase of activities (for example, cutting waiting lists).

Based on the experience of the domestic market in the NHS, it can therefore be inferred that excessive central control, combined with mechanisms of cooperation or competition, actually reduces boosting factors within the health system. This is why, today, the NHS organizations featuring the best performance levels are granted more management autonomy, with a great deal of freedom in searching for greater efficiency and improving their relations with patients, the local community and the staff.

The experience made in the Scandinavian countries too is of great interest for the debate under way in Italy, as regards the difficult balance between devolution of powers and the centralization of decision-making. In the 60s, and throughout the 80s, the regionalization of the health care system was strongly pursued by all three Scandinavian countries, by increasing the role of the Counties (see Chapter 17 by B. Jonsson). From the 90s reforms were implemented aimed at improving the management and performance of the systems, while keeping the basic structure unchanged. In the last few years, however, there have been initiatives highlighting that a new change is under way, in the direction of a new centralization.
Moreover, both the structures created to date and the new proposals for change are not based on in-depth policy analyses, rather they are reactions to specific problems that have emerged: in particular, one of the greatest driving forces behind centralization today is the diminished acceptance of regional diversity (waiting lists, etc.), but also reasons of efficiency related to coordination and, last but not least, the financial management of the central outlays to the Regions and Counties.
In another country characterized by a high level of federalism, Switzerland, important reforms are under way (see Chapter 18 by L. Crivelli), required both by the obvious difficulty in managing health expenditure and keeping it under control, and by the fact that the financing of the Swiss health system is among the most unfair in Europe. In particular, faced with the need to reduce the excess of supply and the volume of (inappropriate) services delivered, the debate today focuses on the possibility of abolishing the so-called "obligation to contract", i.e. to grant the insurance companies providing health insurance policies the power to choose the facilities and consultants they wish to operate with.
Faced with the facts, which seem to point to a substantially non-flexible insurance demand of health care, price-wise, the main issues to be tackled concern the risk that the abolition of the "obligation to contract" might trigger a downward competition, with regard to the quality of the care provided, that unfair forms of risk selection by the insurance companies may be introduced, that the privileges enjoyed by doctors in the past, instead of being transferred to the patients are "intercepted" by the health insurers and, lastly, that the competition mechanisms might not be maintained and strengthened.
Lastly, the contribution by P.J. Feldstein (Chapter 19) addresses the principal reforms under way and the matters that have still not been resolved in the USA, in a particular year such as the election year.
In the first place, it must be considered that the private market of health insurance in the USA has radically changed in the last few years, especially as the result of two related forces: the weakening of the traditional cost-cutting approaches, represented by managed care, and the fast rise of insurance premiums. The result of this trend has been, on the one hand, an increase in the number of non-insured persons and, on the other hand, changes in the type of insurance products provided and the methods used by health insurers to limit the growth of medical costs. In particular, the so-called "consumer-guided health insurance" consists of an arrangement whereby, in exchange for lower premiums, consumers accept higher financial responsibility for the use of medical services, by means of high exclusion and the joint payment of costs, or coverage only in the case of catastrophic events. According to the reports by health insurers, these policies are proving rather popular among small businesses and the self-emplo-

yed, groups that are typically little insured. However, it is too early to determine how much the consumer-guided policies will become popular, and how large their share will become within the health insurance market.

The second approach used by private insurers to limit the increase of their premiums is so-called "evidence-based medicine". Private insurance companies have merged into larger and larger undertakings and have started using the information they possess to analyse the data relating to patient requests. Based on this data, the insurers are able to analyse the care protocols prescribed for specific diagnoses by doctors in different areas of the country, together with the results obtained, with possibly large savings in the use of resources without affecting the quality of care.

As regards public health care, in December 2003 Congress provided for an extension of care, with respect to the prescription of drugs for the elderly, the *Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act*. This law represented the most radical change in the Medicare programme since its inception and has been estimated to be very costly for the Treasury. With regard to the non-insured, the problems are ongoing, due to the costs of the new policies, but there are also ideological differences between the political parties as to the manner in which the health system should be developed that prevents an agreement on how the non-insured should benefit: that is, whether they should be included in public insurance schemes or granted reimbursable tax credits. Until a solution is found to these ideological differences between the political parties, it is very unlikely that the non-insured will be granted an extension of the health insurance cover.

The parallel importance of drugs has become another important health legislation issue, because the US pharmaceutical companies sell their products in Canada (and other countries besides) at lower retail prices than in the US pharmacies, and these countries then sell them back to US patients (especially via the Internet). Despite the fact that President Bush opposes parallel imports, this has become a hot election issue, which is gaining political support from both the parties, because it allows the poorer consumers, and especially elderly people, to purchase the drugs they need at lower prices. However, it is hardly likely that the politicians are so ingenuous as not to realize that, were parallel imports to be allowed the US pharmaceutical companies would then reduce their sales to other countries, or simply apply the same high prices imposed on US pharmacies.

Lastly, insurance premiums to protect doctors against professional liability are fastly increasing, in particular in certain medical specialties, such as orthopedics and obstetrics. The doctors, through their professional association, the *American Medical Association*, have called for the passing of a federal law restricting the amount of damages that can be granted patients, in connection with lawsuits, for "pain and suffering".

In perspective, it can be assumed that, despite the great ideological differences between the two parties, and regardless of who will be elected President and which party will control Congress, it is unlikely that any medical law requiring significant budget outlays will be passed in the forthcoming years. On the contrary, to reduce the deficit and postpone the insolvency of Medicare, it is very likely that the Government will cut payments to doctors and hospitals. Perhaps the safest forecast that can be made is that, in the next few years, the focus will remain on the non-insured, although hardly nothing will be done to reduce their number.

Recommendations

The analysis of the health systems at international level shows how all countries are tackling the pressures imposed by the health sector on their national budgets; the measures tend to focus on enhancing efficiency, albeit without impairing the quality of care, and on the empowerment of the citizen.

Although the problems and proposed solutions are largely common, the underlying circumstances and, above all, the institutional and organizational arrangements tend to differ from country to country, as well as the capacity to translate the reform proposals into actual structural changes.

Italy is certainly no exception as to the priorities; moreover, the institutional arrangements, which are the result of over 25 years of reforms, feature some widely acknowledged strong points, as well as other equally acknowledged weaknesses.

In order to tackle and remedy the latter, the action program should take account of the following (given by way of example only):

1. With regard to financial sustainability, 2005 is forecasted as the upteenth "zero" year running for the calculation of the healthcare requirements, with the re-appraisal of the resources made available to the system at central government level. We cannot foresee whether the (considerable) resources will be found, but it can be estimated today that, in order to ensure the effective sustainability of the system, efficiency-recovery measures totalling at least € 6 bn will be necessary, the alternative being to increase local taxes or cost-sharing for the residual amount. As regards efficiency, therefore, the guard cannot be lowered, also in consideration of the enormous performance levels achieved by the different NHS facilities, which leads us to presume that there is still space for improvement.
2. Improving efficiency in the use of medical drugs is a prerequisite in the medium term; it is necessary to provide for measures and policies not just aimed at tackling rises in expenditure, recommending the need for general policies based on the actual knowledge of the needs of the population and on the most suitable response to this need: the policy of indiscriminate expenditure ceilings is undoubtely a harbinger of inefficiency and unfairness.
3. The system's fairness must be closely monitored, to avoid injustice and the growing desire to opt out of the system. As exhaustively already highlighted in the 2003 Report, the figures set out in this year's Report show that the focus on fairness is still not sufficient: the Italian situation is not a brilliant one to start off with, not even in its comparison with the broader international scene, besides still being on a downward trend. We'd like to point out here the partial ineffectiveness of several important regulations, such as cost-sharing and related exemptions.
4. The need to promote fairness and not to lower the guard, with regard to efficiency, determines the expediency of assessing the usefulness, or even necessity, of rethinking the entire system of incentives within the system, in particular due to the ineffectiveness of the competition mechanisms in the presence of a sizable financial deficit; the solution would be to promote investments aimed at allowing the regions with the largest deficits to approach the (un)balance threshold, within which the competition mechanisms can play out their potential: of course, this entails the rethinking of the resource distribution system which, together with the measurement of actual requirements, should also focus on measures promoting behaviours aimed at greater efficiency and appropriateness.

5. The empowerment of the citizen is a value in itself, but also a long-term strategy for ensuring the system's sustainability. In planning and strengthening the measures in this field, we must recommend that there should be a greater focus on basic information, communication and planning. In Italy there has been increasing institutional attention to the issue, accompanied by a historical lack of statistical information on morbidity, without which, for example, it is very difficult to tackle so-called "non-meet needs", i.e. the needs that do not translate into actual demand, although the awareness of them is increasing. The risk is that the process of promotion and communication may convey only the needs that are supported by the manufacturing sector and that are typically expressed by the stronger pressure groups, leaving the others "fatherless".
6. LTC and supplementary health care cannot be interpreted as mere additional cost factors: lacking alternatives to the present care and cover offerings, a mechanism of inefficient/unappropriate use of the existing resources is fuelled, triggering a vicious circle of wastefulness that increasingly diminishes the possibility of further extending this kind of care.
7. The mechanisms for promoting formal and informal networks should be closely monitored, because the surveyed experiences show that they bring with them savings and streamlining. Furthermore, the accountability of the local health authorities should be reconsidered, developing and integrating the forms of strategic control and social reporting.

Parte I

L'evoluzione del settore sanitario in Italia

A - Prospettive micro e macro economiche

Capitolo 1

Le previsioni di spesa sanitaria a livello nazionale e regionale: i risultati del modello econometrico SANIMOD

Atella V.[1]

1.1 Introduzione

Uno dei principali risultati ottenuti con il modello econometrico SANIMOD e presentati nella prima edizione del Rapporto CEIS Sanità 2003 era la previsione di uno sforamento per il 2004 di circa 6,5 miliardi di euro della spesa sanitaria rispetto a quanto disponibile nel FSN. Sempre nello stesso rapporto si metteva in evidenza come, attuando una robusta politica di compartecipazioni (ad esempio un ticket generalizzato sulle diverse forme di servizi sanitari) il deficit poteva essere annullato, ma questo avrebbe imposto carichi sui pazienti molto differenziati tra le varie Regioni. Infatti, in base alle stime effettuate, il livello di compartecipazione pro-capite alla spesa sanitaria per il 2004 sarebbe potuto variare da un massimo di 90,2 euro della Liguria ad un minimo di 75,5 euro di Puglia e Campania. Inoltre, in assenza di misure di contenimento della spesa pubblica, veniva anche fatto notare come tale livello di compartecipazione sarebbe aumentato in modo consistente nel tempo (mediamente fino al 340,0% nel 2010).

A supportare le conclusioni raggiunte lo scorso hanno dal Rapporto CEIS, si possono citare alcune delle conclusioni contenute nella recente relazione sulla finanza regionale presentata al Parlamento dalla Corte dei Conti a luglio 2004. Infatti, in tale relazione si mette chiaramente in evidenza sia il problema del persistente divario tra i costi previsti e la spesa effettiva, sia quello dell'insufficienza dei finanziamenti a copertura dei fabbisogni sanitari. A giugno 2004, la stima del deficit 2003 effettuata dalla Corte

[1] *CEIS Centre for Health Economics and Health Care Management, Facoltà di Economia, Università di Roma "Tor Vergata"*
Corte dei Conti, (2004).

National and regional health expenditure forecasts: results of SANIMOD econometric model

Atella V.[1]

Summary

The forecasts presented in the CEIS Health Report 2003 have recently been confirmed by the conclusions drawn in the latest report presented to the Italian Parliament by the Court of Accounts on the situation of the public finances at regional level. In report the Court highlights two main problems: 1) the persistent discrepancy existing between actual and forecasted expenditure data and 2) the lack of sufficient resources to finance the public health care system. Based on the data presented by the Court, the estimate of the regional health deficit for the year 2003 should reach the amount of more than 6 billions of euros, very close to what forecasted by the SANIMOD model last year. For the year 2004 the perspectives aren't really better, with a forecasted deficit estimated by the Court of about 5 billions of euros (against the 9 billions of euros forecasted by the SANIMOD model). However, the Court has underlined that "the patterns of entry and exit flows suffer from an inevitably approximation that, in general, has resulted in defect with respect to the final result." (Court of Accounts, 2004).

With our model we have simulated two scenarios, one "pessimist" and the other "optimistic". The results obtained are not too far from what we had with last year simulations. This is in large part due to the fact that today situation does not allow to imagine scenarios different

[1] *CEIS Centre for Health Economics and Health Care Management, Facoltà di Economia, Università di Roma "Tor Vergata" Corte dei Conti, (2004).*

dei Conti risulta pari a 2,2 miliardi di euro. Tuttavia, nella relazione viene fortemente evidenziato il fatto che tale cifra è fortemente sottostimata e dovrebbe tranquillamente attestarsi su cifre superiori ai 6 miliardi di euro una volta che venisse preso in considerazione il problema del rinnovo del contratto 2002-2003 (altri 2,5 miliardi solo per il 2004) e dell'inclusione dei deficit degli IRCSS, dei policlinici e delle aziende miste (altri 1,5 miliardi di euro). Per il 2004 la situazione non migliora certo, con un deficit stimato dalla Corte dei Conti di circa 5 miliardi di euro (contro i circa 9 miliardi di euro stimati dal modello). Ma va considerato che "l'osservazione degli andamenti di spesa e di entrata soffrono di una inevitabile approssimazione che in genere si è dimostrata in difetto rispetto al dato definitivo"[2].

Nelle pagine che seguono vengono quindi presentati i risultati dell'aggiornamento del modello SANIMOD al 2003. Come sarà possibile vedere, le simulazioni effettuate con il modello aggiornato non determinano cambiamenti di alcun rilievo negli andamenti della spesa sanitaria pubblica in nessuno degli scenari considerati. Al tempo stesso, la situazione esistente ad oggi non permette di immaginare scenari di simulazione molto diversi da quelli pensati nel rapporto 2003. E ciò risponde alla logica dell'assenza di interventi di rilievo effettuati nel settore tra il 2002 ed il 2003.

1.2 I risultati empirici e le simulazioni[3]

Nella Tabella 1 sono riportati i risultati della stima econometrica. Come è possibile vedere la quasi totalità delle variabili utilizzate per spiegare l'andamento della spesa sanitaria pubblica sono molto significative e presentano i giusti segni. Anche gli indicatori di bontà dell'adattamento dei valori stimati a quelli veri sono più che soddisfacenti.

Nella Figura 1 vengono invece riportati i valori della simulazione dinamica effettuata all'interno del campione, che permettono di avere una precisa indicazione della bontà del modello nel replicare sia i livelli della spesa sanitaria pubblica, sia le proprietà dinamiche (in particolare i punti di svolta).

Relativamente alla popolazione, il modello sembra indicare che l'aumento maggiore di spesa nel lungo periodo venga dalle fasce anziane della popolazione, mentre l'aumento della popolazione giovane sembra portare ad una riduzione della stessa. In particolare

from those implemented last year.

Assuming that for the years 2003 e 2004 the allocation of the National Health Fund (FSN) at regional level will follow the same set of rules utilized for the years 2001 and 2002, we have been able to estimate the co-payment level imposed on the regions in order to avoid the production of health deficit (obtained as difference between the expenditure data simulated in the two scenarios). As a result, we continue to have minimum and maximum values of per capita co-payment very close to those recorded in the 2003 Report. In particular, Liguria records the highest values, while the minimum are recorded in the autonomous province of Trento and in Puglia and Campania. In general, and with the only exception of Trentino Alto Adige, the level of co-payment is lower in the Southern regions compared to the Northern.

[2] *Corte dei Conti, (2004).*

[3] *Una descrizione più dettagliata del modello econometrico è contenuta nell'Appendice 1.*

Tabella 1 - Risultati empirici

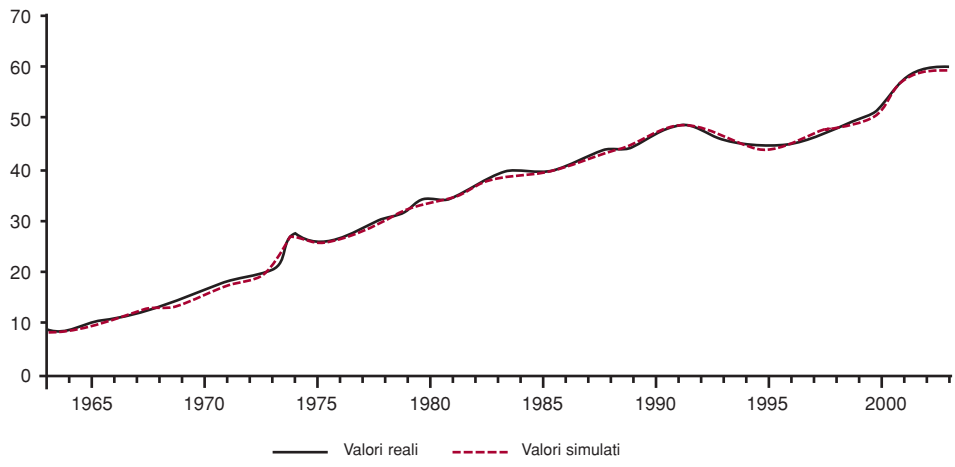
Variabili	Coefficienti	Std. Error	t-Statistic	Prob.
Log(spesa sanitaria(-1))	-0,1588	0,0273	-5,8180	0,0000
ΔLog(Pop giovane 0-14)	-4,2161	0,8156	-5,1690	0,0000
Log(pop giovane (-1))	-0,2969	0,0822	-3,6122	0,0015
ΔLog(Pop anziana +65)	-1,0598	0,3709	-2,8574	0,0092
Log(pop anziana(-1))	0,5563	0,1047	5,3126	0,0000
Log(Prezzo(-1))	-0,1210	0,0381	-3,1792	0,0043
Log (Ticket farmaci(-1))	-0,0151	0,0085	-1,7781	0,0892
ΔLog(Ricerca farmaceutica (-1))	0,0570	0,0531	1,0730	0,2949
Dummy per abolizione Ticket farmaci	0,0603	0,0305	1,9785	0,0605
R^2	0,9584	Akaike info criterion		-4,8512
R^2 corretto	0,9319	Schwarz criterion		-4,1981
S.E. della regressione	0,0185	Durbin-Watson stat		2,2508
SSR	0,0075	Log likelihood		104,75

Variabile Dipendente: Tasso di crescita Spesa sanitaria pubblica

Periodo di stima: 1965 2003

Numero di osservazioni incluse: 39

Figura 1 - Andamento della spesa sanitaria pubblica in termini reali: *Actual vs fitted*



lare, per un aumento dell'1,0% della quota di popolazione compresa tra 0 e 14 anni si registra una riduzione dell'1,86% della spesa sanitaria, mentre lo stesso aumento nella quota di popolazione anziana sembra portare ad un aumento cospicuo (3,50%) della spesa sanitaria pubblica. Questo risultato è in linea con l'evidenza empirica internazionale e con i risultati di un modello econometrico relativo al solo comparto dei farmaci per l'Italia[4].

L'effetto del co-payment sui farmaci ha un chiaro effetto negativo, anche se molto limitato. Infatti, un aumento dell'1,0% del co-payment porta ad una riduzione molto contenuta della spesa sanitaria totale. Infine, un commento specifico deve essere fatto relativamente alla variabile di prezzo dei beni e servizi sanitari. Nelle varie specificazioni adottate tale variabile è stata inserita sia sotto forma di livelli che di tasso di crescita. Quest'ultima non è mai risultata essere significativa e, quindi, non è stata inserita nella specificazione finale sopra riportata. Questo permette di poter trarre una serie di conclusioni sull'effetto che i prezzi hanno sulla spesa pubblica. Innanzitutto, è interessante notare il segno negativo del parametro dei prezzi dei beni e servizi sanitari, in linea con quanto solitamente registrato nelle funzioni di domanda di beni e servizi privati. Il fatto che sia solo la variabile espressa nei livelli ad essere significativa implica, a nostro avviso, che nel lungo periodo un aumento nei prezzi tende a ridurre la spesa in *termini costanti*. Al contrario, nel breve periodo non sembrano esserci relazioni tra prezzi e spesa sanitaria pubblica. Una possibile interpretazione che si può dare di questo effetto è che un aumento dei prezzi tende a far adottare cambiamenti di natura strutturale (e quindi di lungo periodo) destinati al contenimento della spesa (in termini costanti!). Nel caso particolare, un aumento dell'1,0% dei prezzi tende a ridurre la spesa in termini costanti dello 0,8%.

Al di là degli specifici risultati ottenuti dal modello, è opportuno sottolineare come informazioni quantitative del tipo descritto possano anche essere utilizzate per disegnare politiche di controllo della spesa. Ad esempio i tassi di crescita obiettivo della spesa pubblica potrebbero essere legati anche all'evoluzione delle variabili esplicative sopra indicate. In particolare sarebbe molto utile utilizzare le informazioni provenienti da questo tipo di modelli per poter individuare gli incrementi di spesa che si rendono necessari a seguito della variazioni di una serie di variabili di natura strutturale (ad esempio la struttura della popolazione). Lo stesso vale per l'introduzione di nuove specialità medicinali. Correggere l'evoluzione dei tetti di spesa sulla base della dinamica di variabili che possono essere ritenute esogene, almeno rispetto alla politica sanitaria, potrebbe contribuire a ridurre una serie di problemi legati alla gestione della sanità e potrebbe, sicuramente, aiutare le Regioni nella loro nuova attività di allocazione delle risorse e di finanziamento del servizio pubblico.

A tal proposito il modello è stato utilizzato per effettuare una serie di simulazioni in grado di fornire informazioni circa la dinamica della spesa sanitaria pubblica italiana nel breve e medio periodo. Nella Tabella 2 sono riportate le informazioni relative alle ipotesi condotte sull'evoluzione delle variabili esogene. Come è possibile verificare, si è partito da uno "scenario di base" o "tendenziale" caratterizzato dalla crescita nei prossimi anni della sola variabile di prezzo. Sono stati quindi aggiunti due scenari alternativi in cui si è ipotizzato anche il cambiamento di

[4] *Atella V., (1999).*

Tabella 2: - Simulazione spesa sanitaria

Scenari	Descrizione scenari
Scenario BASE	• Prezzi per servizi sanitari: +4,0% nel 2004, +3,0% nel 2005, +2,5% negli altri anni • Tutte le alte variabili con valori costanti al 2003
Scenario "pessimista"	• Prezzi per servizi sanitari: +4,0% nel 2004, +3,0% nel 2005, +2,5% negli altri anni • Popolazione giovane (0-14 anni) in calo e popolazione >65 in aumento. Il totale della popolazione resta invariato • Tutte le alte variabili con valori costanti al 2003
Scenario "ottimista"	• Prezzi per servizi sanitari: +4,0% nel 2004, +3,0% nel 2005, +2,5% negli altri anni • Popolazione giovane (0-14 anni) in calo e popolazione >65 in aumento. Il totale della popolazione resta invariato • Introduzione di co-payment per un valore tale da riportare la spesa sanitaria pubblica entro il tetto di spesa del FSN • Tutte le alte variabili con valori costanti al 2003

Tabella 3 - Simulazione spesa sanitaria (miliardi di euro correnti)

Anni	Valori reali	Stime SANIMOD	Valori FSN	Scenario BASE	Scenario pessimista	Scenario ottimista
2000	67,5	66,1	65,9	67,1	67,1	67,1
2001	75,7	73,5	71,5	74,5	74,5	74,5
2002	80,8	77,5	75,6	80,1	80,1	80,1
2003	82,2(a)	79,9	78,6	86,9	86,9	86,9
2004			81,3	89,7	89,9	81,3
2005				94,3	95,1	83,8
2006				97,2	98,5	87,0
2007				100,1	103,1	90,6
2008				103,9	107,8	94,6
2009				106,7	113,9	98,9
2010				111,0	121,2	103,7

(a) Stime a Giugno 2003

Fonte: Relazione generale sulla situazione economica del Paese - 2004, Relazione Corte dei Conti, SANIMOD.

altre variabili. Abbiamo definito questi due scenari rispettivamente "pessimista" ed "ottimista" sulla base della capacità di riuscire a contenere il tasso di crescita della spesa pubblica. In particolare, nello scenario "ottimista" si è ipotizzato l'aumento del co-payment che permetta alla spesa sanitaria pubblica di rimanere all'interno dei tetti di spesa previsti dal FSN per il 2004.

Tabella 4 - Evoluzione della spesa regionale (2000-2010) secondo lo scenario "*pessimista*" (miliardi di Euro)

Regione	2001	2002	2003	2004*	2005*	2010*
Piemonte	5,79	6,22	6,75	6,99	7,39	9,42
Valle d'Aosta	0,17	0,18	0,19	0,20	0,21	0,27
Lombardia	11,62	12,50	13,56	14,02	14,84	18,91
Bolzano	0,56	0,61	0,66	0,68	0,72	0,92
Trento	0,61	0,65	0,71	0,73	0,78	0,99
Veneto	5,77	6,20	6,73	6,96	7,36	9,38
Friuli V. G.	1,64	1,76	1,91	1,98	2,09	2,66
Liguria	2,38	2,56	2,78	2,87	3,04	3,87
Emilia Romagna	5,45	5,85	6,35	6,57	6,95	8,86
Toscana	4,84	5,20	5,64	5,84	6,17	7,87
Umbria	1,14	1,23	1,33	1,38	1,46	1,85
Marche	1,93	2,07	2,25	2,32	2,46	3,13
Lazio	6,67	7,18	7,78	8,05	8,52	10,86
Abruzzo	1,67	1,80	1,95	2,02	2,13	2,72
Molise	0,44	0,48	0,52	0,53	0,57	0,72
Campania	7,08	7,62	8,26	8,55	9,04	11,52
Puglia	5,00	5,38	5,84	6,04	6,39	8,14
Basilicata	0,77	0,83	0,90	0,93	0,99	1,26
Calabria	2,57	2,76	3,00	3,10	3,28	4,18
Sicilia	6,35	6,83	7,41	7,67	8,11	10,34
Sardegna	2,05	2,20	2,39	2,47	2,61	3,33

(*) valori simulati

Figura 2 - Evoluzione della spesa sanitaria

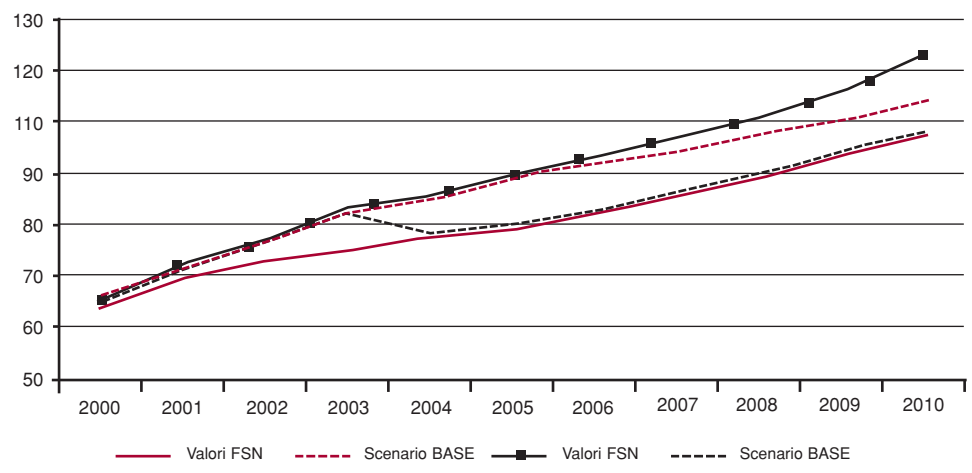


Tabella 5 - Evoluzione della spesa regionale (2000-2010) secondo lo scenario "*ottimista*" (miliardi di Euro)

Regione	2001	2002	2003	2004*	2005*	2010*
Piemonte	5,79	6,22	6,75	6,32	6,51	8,06
Valle d'Aosta	0,17	0,18	0,19	0,18	0,19	0,23
Lombardia	11,62	12,50	13,56	12,68	13,07	16,18
Bolzano	0,56	0,61	0,66	0,62	0,63	0,79
Trento	0,61	0,65	0,71	0,66	0,68	0,85
Veneto	5,77	6,20	6,73	6,29	6,49	8,03
Friuli V. G.	1,64	1,76	1,91	1,79	1,84	2,28
Liguria	2,38	2,56	2,78	2,60	2,68	3,31
Emilia Romagna	5,45	5,85	6,35	5,94	6,13	7,58
Toscana	4,84	5,20	5,64	5,28	5,44	6,73
Umbria	1,14	1,23	1,33	1,24	1,28	1,59
Marche	1,93	2,07	2,25	2,10	2,17	2,68
Lazio	6,67	7,18	7,78	7,28	7,51	9,29
Abruzzo	1,67	1,80	1,95	1,82	1,88	2,33
Molise	0,44	0,48	0,52	0,48	0,50	0,62
Campania	7,08	7,62	8,26	7,73	7,97	9,86
Puglia	5,00	5,38	5,84	5,46	5,63	6,96
Basilicata	0,77	0,83	0,90	0,85	0,87	1,08
Calabria	2,57	2,76	3,00	2,80	2,89	3,57
Sicilia	6,35	6,83	7,41	6,93	7,15	8,84
Sardegna	2,05	2,20	2,39	2,23	2,30	2,85

(*) valori simulati

1.3 L'evoluzione della spesa sanitaria regionale

Un'ulteriore analisi effettuata è stata quella di simulare la spesa sanitaria a livello di singola Regione. Questo tipo di valutazione è al momento in una fase sperimentale, in quanto non disponiamo di un vero e proprio modello Regionale, ma piuttosto utilizziamo l'informazione a livello nazionale e la ripartiamo tra le regioni secondo una media delle quote di mercato registrate negli ultimi anni.

In altri termini, la stima della spesa sanitaria per la Regione Piemonte o per la Regione Marche è stata ottenuta moltiplicando i valori stimati a livello nazionale per gli anni 2001-2005 per la media delle quote di spesa fatte registrare da tali Regioni negli ultimi quattro anni. Il valore che si ottiene è quindi un valore molto indicativo, e diviene affidabile solo sotto l'ipotesi di costanza delle quote di spesa. Confrontando i dati storici per il 2002 ed il 2003 con quelli ottenuti dalla simulazione, l'ipotesi della costanza delle quote nel tempo non sembra essere così lontana dalla realtà, avvalorando quindi la tesi per cui le simulazioni a livello regionale possano essere considerate con un livello di affidabilità prossimo a quello della stima a livello nazionale.

Sempre nelle Tabelle 4 e 5 sono riportati i risultati delle simulazioni regionali per gli anni 2003-2010. In particolare, nella tabella 4 vengono riportati i dati di spesa sanitaria pubblica a livello

Tabella 6 - Stima del valore di co-payment a livello regionale

	Valori assoluti (miliardi di Euro)			Valori pro-capite (Euro)		
Regione	**2001**	**2002**	**2003**	**2004***	**2005***	**2010***
Piemonte	0,67	0,88	1,36	154,6	206,3	316,1
Valle d'Aosta	0,02	0,03	0,04	157,9	158,3	362,2
Lombardia	1,34	1,76	2,73	146,6	194,1	300,1
Bolzano	0,07	0,09	0,13	163,8	196,8	281,4
Trento	0,07	0,09	0,14	137,6	183,7	291,1
Veneto	0,67	0,87	1,35	145,2	193,9	299,6
Friuli V. G.	0,19	0,25	0,38	161,1	215,3	325,9
Liguria	0,27	0,36	0,56	165,2	225,8	341,0
Emilia Romagna	0,63	0,83	1,28	155,3	207,6	321,6
Toscana	0,56	0,73	1,14	156,5	209,0	319,7
Umbria	0,13	0,17	0,27	157,0	200,1	314,8
Marche	0,22	0,29	0,45	150,2	200,9	310,2
Lazio	0,77	1,01	1,57	146,2	190,6	296,5
Abruzzo	0,19	0,25	0,39	155,5	194,7	305,5
Molise	0,05	0,07	0,10	140,5	211,4	322,3
Campania	0,82	1,07	1,66	140,3	184,7	287,0
Puglia	0,58	0,76	1,18	140,7	185,8	288,1
Basilicata	0,09	0,12	0,18	140,1	200,6	301,2
Calabria	0,30	0,39	0,60	143,4	191,5	292,1
Sicilia	0,73	0,96	1,49	145,0	188,7	294,4
Sardegna	0,24	0,31	0,48	138,7	190,3	288,6
Italia	8,60	11,30	17,50	148,8	195,7	303,1

(*) valori simulati

regionale secondo le ipotesi formulate nello scenario "pessimista", mentre nella Tabella 5 si riporta l'evoluzione della spesa secondo le ipotesi formulate nell' "ottimista". I livelli di confidenza di tali stime sono gli stessi della simulazione nazionale e sono contenuti in una fascia che oscilla tra il ±1,8% nel 2004 ed il ±2,1% al 2010.

Assumendo che per gli anni 2003 e 2004 la ripartizione del FSN a livello regionale avvenga secondo le stesse regole utilizzate per gli anni 2001 e 2002, è possibile ottenere una stima dell'eventuale livello di compartecipazione alla spesa sanitaria che dovrebbe essere richiesta dalle Regioni per evitare di generare deficit (ottenuto come differenza tra i dati di spesa ottenuti con gli scenari simulati). Tali valori (totale e pro-capite) sono riportati per gli anni 2003, 2004 e 2010, nella Tabella 6. Ovviamente, mentre per gli anni 2004 e 2005 i valori risultano essere abbastanza attendibili, per il 2010 i valori sono solo indicativi (non essendo assolutamente chiaro quale possa essere la dotazione del FSN a quell'epoca).

Dai dati riportati nella Tabella 6 risulta evidente come i valori minimi e massimi di compartecipazione pro-capite continuino a rimanere molto simili a quelli già previsti lo scorso anno in

occasione della prima edizione del Rapporto CEIS Sanità. In particolare, i valori massimi continuano ad essere osservati per la Liguria, mentre quelli minimi vengono registrati per la Provincia Autonoma di Trento e per Puglia e Campania. In generale, e con la sola eccezione del Trentino Alto Adige, risulta anche che il livello di compartecipazione pro-capite sia maggiore nelle Regioni del Nord rispetto a quelle del Sud[5].

Bibliografia/References

Atella V., (1999), *Drug cost containment policies in Italy: are they really effective in the long-run? The case of minimum reference price*, Health Policy, 50, pp. 197-218.

Atella V., Marini G., Is *health care expenditure really a luxury good? A reassessment and new evidence based on OECD data, mimeo*.

Baye MR, Maness R, Wiggins S.N., (1997), *Demand system and the true subindex of the cost of living pharmaceuticals*, Applied Economics, 29: pp. 1179-1189.

Corte dei Conti, (2004), *Relazione sulla Finanza regionale*, Capitolo Sanità, Par. 2.4, IPS - Roma.

Hunt-McCool J, Kiker BF, Chu Ng Y., (1994), *Estimates of the demand for medical care under different functional forms*, Journal of Applied Econometrics, 9: pp. 201-218.

Wiggins S.N., (1993), *Pioneering products, demand estimation, and social welfare in the pharmaceutical industry*, Working Paper, Texas A&M University.

[5] *Per il lettore che volesse confrontare le stime del deficit riportate nel Rapporto CEIS Sanità 2003 con quelle di quest'anno è utile sottolineare come la definizione di spesa sanitaria utilizzata in questo Rapporto sia leggermente diversa da quella utilizzata lo scorso anno, quando la stessa veniva considerata al netto delle spese per "oneri finanziari e contribuzioni diverse". Pertanto, la differenza che è oggi possibile notare nella stima del deficit per il 2004 confrontando il dato del Rapporto 2003 con quello del Rapporto 2004 è in grossa parte dovuta a tale discrepanza statistica, piuttosto che ad un reale aumento del deficit.*

Appendice

Il modello teorico

Nel modello SANIMOD la domanda di beni e servizi sanitari viene considerata come una funzione derivata di domanda di beni e servizi in grado di migliorare lo stato di salute. Dal punto di vista dei consumatori, il problema è di calibrare la richiesta di servizi sanitari ogni volta che l'evento "cattiva salute" si verifica. Negli altri casi la domanda sarà pari a zero. In modo più formale ciò equivale a descrivere la seguente specificazione funzionale:

$$D_h^{HS} = \begin{cases} f_h(BHS_h, HP_h, p_{HS}, Yd_h, E_h, OSEC_h) & for\ BHS_h = 1 \\ 0 & for\ BHS_h = 0 \end{cases} \quad (1)$$

dove D_h^{HS} rappresenta la domanda per servizi sanitari, HP_h è l'health profile del paziente, p_{HS} è un indice dei prezzi dei beni e servizi sanitari offerti (che può essere un prezzo di mercato o un prezzo sussidiato), Y_{dh} è il reddito disponibile del paziente, E_h è il livello di istruzione, $OSEC_h$ è un vettore che raccoglie tutte le altre caratteristiche socio-demografiche del paziente (quali età, sesso, condizioni di vita, eredità genetica, ecc.) e, in ultimo, BHS_h è una variabile dicotomica che indica il cattivo stato di salute del paziente (uguale a 1 in caso di malattia, zero altrimenti). L'indice *h* fa riferimento all'*h-esimo* consumatore/paziente.
L'equazione (1) fa riferimento ad una generica domanda di beni e servizi sanitari D_h^{HS} da parte dell'h-esimo consumatore/paziente. Tale equazione potrebbe essere replicata per un numero i=N di beni e servizi sanitari. Semplicemente aggregando pazienti e tipologie di beni e servizi sanitari (ad esempio forniti dal pubblico o dal privato) otteniamo funzioni di domanda diverse utilizzando lo stesso apparato teorico. In particolare, l'espressione $D^{HS} = \Sigma_i\Sigma_h D_{ih}$ potrebbe rappresentare la domanda totale per beni e servizi sanitari (*i*) da parte di tutti i pazienti (*h*).

Il modello empirico

Sono molti i lavori di natura empirica che hanno studiato la domanda di servizi sanitari, fornendo stime delle elasticità rispetto al prezzo e al reddito. Molte delle analisi empiriche svolte fino ad ora hanno utilizzato equazioni in forma ridotta per studiare l'evoluzione della spesa, mentre solo in pochi casi è stato adottato un approccio strutturale basato sull'analisi microeconomica della domanda (Baye et al. (1997) and Wiggins (1983)). Ciò è da imputare in massima parte alla mancanza di informazioni adeguate[6]. Il caso italiano non fa eccezione da questo punto di vista e ciò non ha permesso di utilizzare pienamente il modello strutturale dell'equazione (1).
In particolare, le informazioni mancanti sono quelle che legano il consumo di servizi sanitari

[6] *Hunt-McCool, et al., (1994), p.201).*

alle caratteristiche dei pazienti in (1). Di conseguenza, l'approccio strutturale deve essere abbandonato a favore di una analisi in forma ridotta o semi-ridotta. Ciò equivale a studiare i modelli di spesa sanitaria, piuttosto che le decisioni di consumo dei pazienti (e dei medici, se assumiamo l'esistenza di domanda indotta dall'offerta). La nostra variabile dipendente deve dunque essere rappresentata dalla spesa sanitaria complessiva.

Una possibile formalizzazione può essere la seguente:

$$D_i^d = g\,(Y_d,\ p,\ \tau,\ nspec,\ pop65,\ FPE^j,\ leg)\quad i,j = pubblico,\ privato; \tag{2}$$

Le differenze principali tra (1) e (2) sono le seguenti: a) Y_d ora rappresenta il reddito disponibile aggregato a livello nazionale; b) p rappresenta una misura aggregata del prezzo dei beni e servizi sanitari pubblici[7]; c) le variabili τ, *nspec, pop e leg* sono state aggiunte. In particolare, τ rappresenta il tasso di contribuzione al costo dei servizi sanitari per i pazienti (ticket), *nspec* è il numero di nuove specialità medicinali introdotte annualmente, *pop* è un vettore di caratteristiche della popolazione italiane per fasce di età (maggiori di 65 anni e minori di 14 anni), e *leg* è una variabile dummy che riflette cambiamenti legislativi.
I livelli di spesa sanitaria pubblica sono stati scelti come variabili dipendenti nell'analisi, preferendoli al numero di contatti con il sistema sanitario. Il motivo di tale scelta è da ritrovarsi, principalmente, nell'impossibilità di disporre di variabili di quantità per un lungo periodo di tempo.
Il modello teorico riportato in precedenza è stato stimato utilizzando dati annuali che coprono il periodo che va dal 1963 al 2003. Le stime sono state ottenute utilizzando il metodo OLS. La forma funzionale utilizzata nella stima è di tipo *error correction model* (ECM), essendo la spesa sanitaria pubblica cointegrata con il reddito e con l'indice dei prezzi dei prodotti e servizi sanitari. Nella sua forma più generale il modello può essere espresso nel seguente modo:

$$\Delta y_t = \alpha \Delta x_t - \gamma(y_{t-1} - x_{t-1})$$

dove Δy_t rappresenta il tasso di crescita della variabile dipendente, Δx_t rappresenta il vettore dei regressori (espressi anche essi in termini di tassi di crescita). Infine la differenza (y_t-1-x_{t-1}) rappresenta il termine di correzione dell'errore ed è anche quello che permette di calcolare le elasticità di lungo periodo. Nel caso particolare riportato qui sopra, il vettore di cointegrazione è implicitamente vincolato ad essere pari a (1, -1). Al contrario, nella stima empi-

[7] *I dati italiani non permettono di ricostruire indici dei prezzi per la spesa farmaceutica pubblica e privata.*

rica si è preferito non vincolarlo. Uno dei principali vantaggi nell'uso della specificazione ECM è quella di poter distinguere tra elasticità di breve e di lungo periodo, e capire quindi quali sono le variabili responsabili dei comportamenti di breve e di lungo periodo. Le elasticità di lungo periodo sono ottenute come soluzione di lungo periodo dell'equazione alle differenze finite implicita nella forma funzionale dell'ECM. Le elasticità di breve periodo sono quelle che derivano direttamente dai valori dei parametri assegnati alle singole variabili.

Capitolo 2

Le politiche farmaceutiche in Italia

Barrella A.[1]

2.1 L'evoluzione della spesa farmaceutica

L'assistenza farmaceutica è la componente di spesa sanitaria pubblica su cui si è intervenuti più duramente negli ultimi due anni con provvedimenti sia di carattere nazionale che regionale. La molteplicità di interventi indirizzati al "governo" della spesa farmaceutica (che nel corso degli anni precedenti aveva fatto registrare incrementi rilevanti, raggiungendo addirittura un +32,7% rispetto all'anno precedente, nel corso del 2001, sebbene in larga misura per effetto dell'abolizione del ticket) ha permesso di ottenere un'inversione di tendenza nel 2003, con una riduzione della spesa farmaceutica netta a carico del SSN del 5,4% rispetto al 2002 e con un rientro verso il tetto di spesa del

Pharmaceutical policies in italy

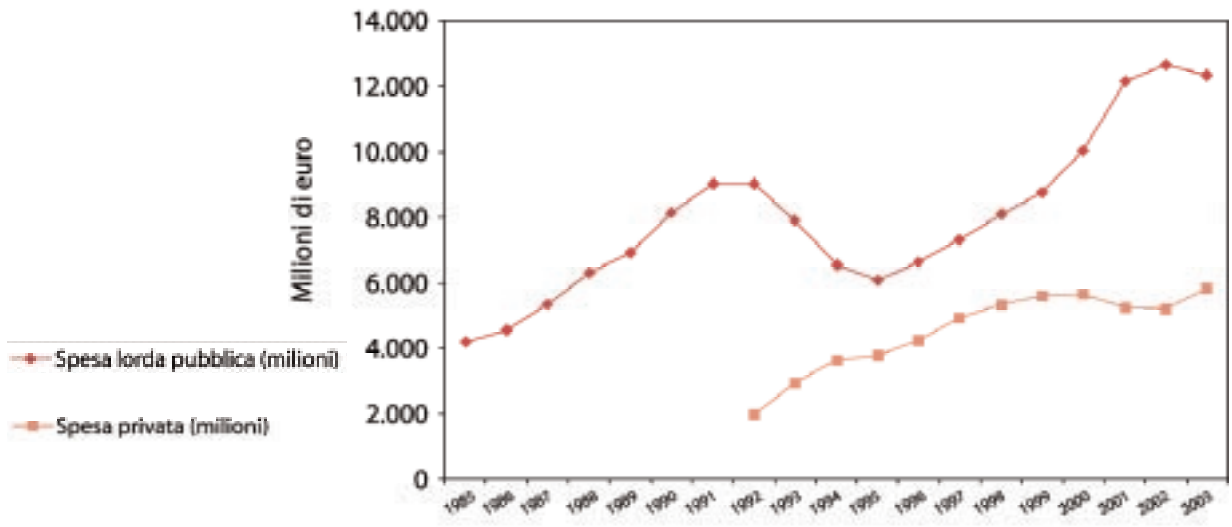
Barrella A.[1]

Summary

The Pharmaceutical Care is the component of Public Health Expenditure which, over last two years, has undergone major interventions both at national and regional level. The variety of these interventions directed to "control" pharmaceutical expenditure has lead to an inversion of tendency in the year 2003, with a 5,4% decrease in the net pharmaceutical expenditure of the Italian National Health Service (SSN) in comparison with the previous year. This has brought the Italian pharmaceutical expenditure within the expenditure ceiling of 13,0% of the total health expenditure, as fixed by the law.

However, if on one side we have seen a decrease in public pharmaceutical expenditure - both gross and net - on the other side there has been a 12,4% increase in private expen-

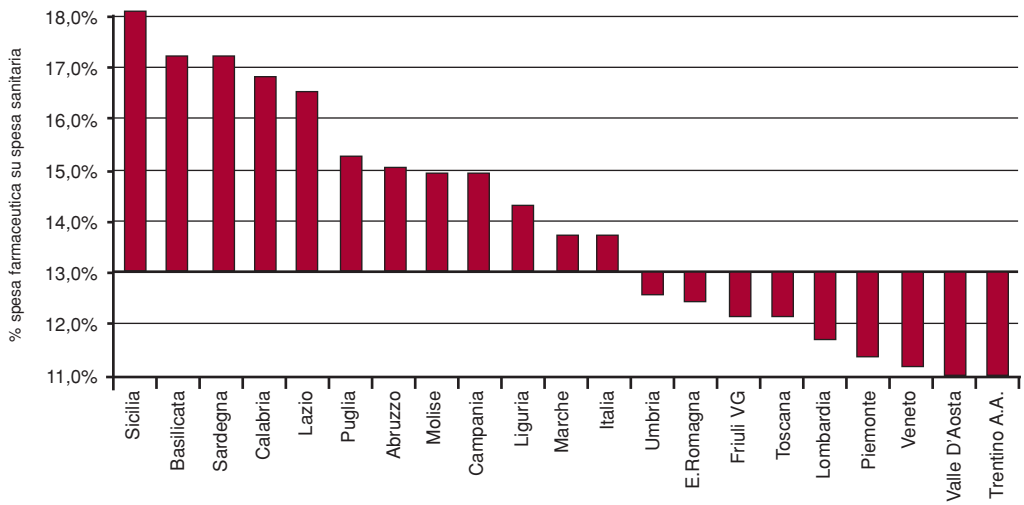
Figura 1 - Spesa farmaceutica territoriale in Italia nel periodo 1985-2003



Fonte: nostra elaborazione su dati OsMED

[1]*CEIS Centre for Health Economics and Health Care Management, Facoltà di Economia, Università di Roma "Tor Vergata"*

Figura 2 - Percentuale della spesa farmaceutica sulla spesa sanitaria



13,0% fissato dalla legge.

Il segno negativo registrato dalla spesa pubblica sia lorda che netta, è stato però controbilanciato da un incremento del 12,4% della spesa a carico dei cittadini legata all'incremento dell'acquisto privato di farmaci rimborsabili che registrano un +19,2%, dei farmaci in classe C[2] con un incremento di spesa del 13,5%, dell'8,9% per l'automedicazione, ma anche all'introduzione o all'inasprimento dei ticket da parte delle Regioni.

I diversi andamenti registrati nella spesa territoriale pubblica e privata hanno quindi determinato un aumento, rispetto al 2002, della spesa farmaceutica territoriale totale (pubblica e privata) del 2,0%.

La riduzione osservata nella spesa farmaceutica pubblica in convenzione è, invece, correlata ad una riduzione media del numero delle ricette del - 2,6% rispetto al 2002 ed è il frutto, fra l'altro, della revisione del Prontuario Nazionale e dello spostamento delle prescrizioni verso la distribuzione diretta ai pazienti.

Rispetto al tetto di spesa programmata del 13,0%, la spesa farmaceutica netta territoriale del SSN ha rappresentato il 13,8% della spesa sanitaria complessiva, ma con una variabilità eleva-

[2] *Si ricorda che l'aumento di spesa dei farmaci in classe C è legato principalmente allo spostamento, in questa classe, di alcuni farmaci appartenenti alle classi B1 e B2; tra di essi gli antistaminici che sono stati riclassificati in classe A nel 2004.*

ses. This growth has been caused by: the increase in reimbursable drugs purchases (+ 19,2%); a 13,5% increase in non-reimbursable medicines purchase; a growth of 8,9% in Over The Counter Drugs (OTC) purchase; and also by regional intensification of prescription charge policies.

The different performance of territorial public and private pharmaceutical expenditure has determined a 2,2% growth in the territorial pharmaceutical expenditure, in comparison with the year 2002.

In 2003 the following innovations have been introduced at national level:

- *A new pharmaceutical expenditure ceiling for the SSN - fixed to 16,0% of the total health expenditure - including both territorial health care and hospital care. This was believed to be the best way for the Regions to obviate issues of unaccounted hospital expenditure in relation to direct distribution.*
- *The mechanism of levelling all breakings in the pharmaceutical expenditure ceiling - which will become functional with the institution of the Agenzia Italiana del Farmaco*

Tabella 1 - Spesa farmaceutica territoriale e volume di consumi. Confronto 2000, 2001, 2002 e 2003

Spesa lorda	2000 (milioni)	2001 (milioni)	2002 (milioni)	2003 (milioni)	Δ% 01/00	Δ% 02/01	Δ% 03/02
1 A carico SSN*	10.041	12.154	12.644	12.354	21,0	4,0	-2,3
2 Acquisto privato di farmaci SSN**	1.398	703	569	674	-49,7	-19,0	19,2
1+2 Totale	11.439	12.857	13.213	13.028	12,4	2,8	-1,4
Quota a carico SSN (%)	88	95	96	95			
3 Classe C	2.717	2.651	2.738	3.108	-2,4	3,3	13,5
4 Automedicazione (SOP e OTC)	1.569	1.879	1.897	2.067	19,8	1,0	8,9
2+3+4 Totale spesa privata	5.684	5.232	5.204	5.849	-8,0	-0,5	12,4
1+2+3+4 Totale spesa farmaceutica	15.725	17.386	17.846	18.203	10,6	2,6	2,0
Confezioni	**2000 (milioni)**	**2001 (milioni)**	**002 (milioni)**	**2003 (milioni)**	**Δ% 01/00**	**Δ% 02/01**	**Δ% 03/02**
A carico SSN*	745	856	862	843	14,9	0,6	-2,2
Acquisto privato di farmaci	142	77	74	91	-45,8	-3,7	22,9
Totale	887	933	936	934	5,2	0,3	-0,2
Classe C	319	298	290	316	-5,6	-2,7	9,1
Automedicazione (SOP e OTC)	327	304	306	317	-31,5	0,7	3,6

**Negli anni 2000-2002 in questa voce sono stati ricompresi i farmaci di classe A e B*

***Il dato relativo alla spesa privata di farmaci rimborsabili dal SSN è ricavato per differenza tra la spesa totale (stimata da IMS) e la spesa a carico SSN (ottenuta dai dati OsMed)*

Alcuni valori degli anni 2001-2002 sono modificati rispetto al Rapporto annuale 2002 per l'aggiornamento della banca dati delle specialità

Fonte: elaborazione OsMed su dati IMS Health (per i dati di spesa privata)

ta a livello regionale, compresa tra l'8,4% del Trentino Alto Adige e il 18,2% della Sicilia. Si deve però considerare che tali dati sottostimano il reale impatto della farmaceutica sulla spesa totale, in particolare per le Regioni che hanno utilizzato maggiormente lo strumento della distribuzione diretta.

Infine si registra l'aumento del ricorso ai farmaci generici pari al 9,8% della spesa netta rispetto ad un 7,0% del 2002, dove l'aumento è principalmente giustificabile con l'ampliamento del

(Italian Medicines Agency). This will ensure that producers will pay 60,0% of breakings in the pharmaceutical expenditure ceiling, whilst for the remaining 40,0%, the Regions will adopt specific measures to deal with their pharmaceutical expenditure.

With the introduction of Law 405/2001, which has established the territorial pharmaceutical

Tabella 2 - Spesa SSN dei farmaci a brevetto scaduto (popolazione pesata)

Regioni	2002	2003
Piemonte	5,9	9,5
Valle d'Aosta	5,3	10,2
Lombardia	6,3	9,3
Trentino AA	5,0	9,0
Veneto	7,4	10,1
Friuli VG	8,3	10,9
Liguria	7,5	8,5
E. Romagna	10,1	12,3
Toscana	5,7	10,2
Umbria	9,7	12,6
Marche	8,4	11,4
Lazio	5,3	9,6
Abruzzo	4,2	9,5
Molise	7,7	8,8
Campania	9,0	11,4
Puglia	7,1	8,6
Basilicata	7,6	10,1
Calabria	6,1	9,0
Sicilia	7,4	8,5
Sardegna	5,4	8,7
Italia	**7,0**	**9,8**
Nord	**7,2**	**10,0**
Centro	**6,1**	**10,2**
Sud e Isole	**7,3**	**9,5**

Fonte: nostra elaborazione su dati OsMED

numero di principi attivi a brevetto scaduto.
In controtendenza rispetto al 2003, i primi mesi del 2004 registrano, invece, una crescita della spesa: +4,2% nel primo bimestre 2004 rispetto allo stesso bimestre 2003, e addirittura ad un 16,6% in aprile. In seguito a questa crescita esponenziale (che dipende dallo spostamento verso i farmaci più costosi, dall'immissione di nuovi prodotti e dal minore impatto dei ticket) nella quale si individua, inoltre, una crescita sopra le righe dei medicinali di classe C, pagati direttamente dai cittadini, è stato inviato un ultimatum alle aziende farmaceutiche per ridurre il prezzo dei farmaci di fascia C, che a partire dal 1° gennaio 2004 hanno registrato un aumento di prezzo superiore al tasso di inflazione programmato.

expenditure ceiling to 13,0% of the total health expenditure, the Regions can cover any deficit by introducing: measures of co-payments of the expense (prescription charges); tax interventions; direct distribution of drugs; control over prescription behaviour; regulation of scientific and medical information in the pharmaceutical industry; policies directed to stimulate supply; prescription and distribution of generic drugs; limitations to the number of drugs prescribed in a single prescription.
In 2003 prescription charges have been confirmed in all Regions where they had been applied during 2002, with a few modifications and regional differentiations. Analysing the impact of prescription charges on pharmaceutical expenditure, we can see that on a national level these will affect 5,2% of the total pharmaceutical expenditure, with big variations at regional level.
According to Law 405/2001, the Regions can use three methods of drug distribution: direct distribution, i.e. distribution of drugs that demand constant control, with the same methods used within public structures; direct distribution of medical supplies by health care companies for the treatment of patients on home care, residential care and semi-residential care; finally Continuity of Care, i.e. distribution of drugs by the public structure for the period immediately following patient discharge or specialist visit, up to the completion of the first cycle of therapy. The reason for opting for direct distribution to control expenses is explained by the fact that public structures can purchase medicines under national licensing with a 50,0% discount, and medicines under European licensing with a 33,35% discount. However, it is difficult to quantify the real saving obtained through direct distribution because it switches the expense from the territory to the hospital. Whilst this facilitates the compliance with the 13,0% expenditure cei-

2.2 Le politiche nazionali

Alla fine del 2002, dati gli elevati incrementi di spesa registrati negli anni precedenti, sono state avviate le prime misure di contenimento rivolte alla riduzione della spesa farmaceutica, attraverso:

- La revisione del Prontuario Farmaceutico Nazionale, entrato in vigore il 16 gennaio 2003, che ha determinato la riduzione del 2,0% del prezzo dei farmaci (in aggiunta alla riduzione del 5,0% attuata nell'aprile 2002) e che attraverso l'individuazione di un prezzo di riferimento per categorie omogenee (*cut-off*) ha permesso di ridurre la variabilità di prezzo tra gruppi di molecole omogenee (la riduzione del prezzo non poteva comunque superare il tetto di riduzione fissato al 20,0%)[3].
- L'aumento dello sconto[4] che le farmacie attuano nei confronti del SSN (che per i farmaci con prezzo superiore ad Euro 154,9, è passato dal 12,5% al 19,0%) e il ripristino dell'uniformità dei margini distributivi per tutte le specialità medicinali, per cui le quote di spettanza sul prezzo di vendita al pubblico, sono state riportate al 66,65% per le aziende farmaceutiche, al 6,65% per i grossisti e al 26,7% per i farmacisti[5].

Nel corso del 2003 si è assistito all'utilizzo di molteplici strumenti che vanno dalla promozione dell'utilizzo dei farmaci generici, al monitoraggio delle prescrizioni, al meccanismo di ripiano dello sfondamento del tetto della spesa farmaceutica che entrerà in funzione con l'Istituzione dell'Agenzia Italiana del Farmaco.

Analizzando nel dettaglio le misure adottare si può osservare che la politica di sviluppo dell'uso del generico, andata a pieno regime nel 2001 attraverso la predisposizione da parte del Ministero della Salute della lista di trasparenza[6], ha avuto una

ling, on the other side it involves greater expenses on other balance-sheet items (goods, services and staff) which, compared to the amount of control expected in the pharmaceutical sector, are subject to a lower level of control.

The Regions with a higher number of breakings in the expenditure ceiling are substantially those which did not impose prescription charges and direct distribution effectively, with strong differences between North and South.

Therefore, we can observe that Italy appears to be split in two: the Northern Regions (except Liguria which, having an older population is probably affected by its particular demographic conditions) and Umbria, where a greater control on the pharmaceutical expense has been established. The expenditure ceiling in the Northern Regions varies between 8,4% in Trentino Alto Adige and 12,6% in Emilia Romagna. The Central and Southern Regions which, on the contrary, have not succeeded in satisfying the 13,0% expenditure ceiling and in which the increase of pharmaceutical expenditure is above 13,0% by between + 0,8% in Marche and + 5,2% in Sicilia.

Finally we can point out some critical aspects of the pharmaceutical policies which have been accomplished:

- *The considerable increase of methods used to control the pharmaceutical expenditure has solely switched the expense from the public to the private sector, without creating a more effective use of drugs, and therefore, without a real saving. The prescription charge applied to particular categories of patients or pathologies and the greater control on doctors' prescriptions seems to promote such use, but due to the difficulty in measuring this aspect, it is hard to determine its real effectiveness.*
- *Italy does not have a system for monitoring the effectiveness of pharmaceutical care and it lacks sufficient knowledge of the drug*

[3] *Si ricorda, inoltre che il Prontuario aveva visto una prima modifica nel novembre 2002 con la suddivisione dei farmaci nelle due sole categorie: classe A, rimborsata dal SSN e classe C a totale carico del cittadino (con abolizione, quindi, della fascia B contenente i farmaci parzialmente rimborsati).*

[4] *Introdotto con la Legge Finanziaria 2003 (art. 52, comma 6, L. n. 289/2002).*

[5] *I farmaci autorizzati secondo le procedure comunitarie (centralizzate e di mutuo riconoscimento), vedevano calcolare la quota distributiva dei farmacisti e grossisti in maniera regressiva rispetto al prezzo al pubblico. La L. n. 289/2002 ha uniformato nuovamente tali margini.*

[6] *La lista di trasparenza indica i farmaci a brevetto scaduto ed i relativi prezzi di riferimento (o soglie massime di rimborso), che consistono nel prezzo più basso per la categoria considerata.*

ulteriore spinta grazie all'entrata in commercio di nuovi principi attivi resa possibile a seguito della riduzione della copertura brevettuale, che si è realizzata per adeguare la normativa nazionale a quella europea. Le Regioni recepiscono totalmente o parzialmente la lista predisposta dal Ministero della Salute, e possono definire un diverso livello di rimborso per tali farmaci. L'unico spazio di manovra riservato alle Regioni nella politica di sviluppo dei generici consiste nell'incentivare il medico alla prescrizione di tali farmaci e nella predisposizione di campagne informative rivolte ad ampliare la conoscenza di tali farmaci presso i cittadini. Nella valutazione dell'impatto che il maggiore utilizzo dei farmaci generici può avere sulla riduzione della spesa, si deve considerare da un lato l'effetto derivante dalla rideterminazione del livello di rimborso, dall'altro l'effetto di "trascinamento" che il prezzo di rimborso genera sulle specialità, per le quali le industrie farmaceutiche si trovano spesso costrette a ridurre il prezzo al fine di mantenere la quota di mercato. Si deve, però, osservare come non sempre l'immissione nel mercato di un nuovo generico determini una riduzione della spesa, spesso si verifica uno spostamento della prescrizione verso farmaci appartenenti alla stessa categoria, ma ancora coperti da brevetto e più costosi (un esempio è costituito dall'incremento di prescrizioni subito dagli antidepressivi SSRI che non hanno ancora un farmaco generico di riferimento, rispetto all'aumento, molto inferiore, di quelli con il generico).

Le principali novità introdotte, alla fine del 2003, per il settore farmaceutico derivano dall'approvazione della L. n. 326/2003 che ha previsto:

- la determinazione del nuovo tetto per la spesa farmaceutica a carico del SSN comprensiva sia dell'assistenza territoriale che di quella ospedaliera, pari al 16,0% della spesa sanitaria complessiva sia a livello nazionale che in ogni singola Regione; si è pensato in questo modo di ovviare al problema della sottostima dei dati di spesa che deriva dall'attivazione da parte delle Regioni della distribuzione diretta e che non permette la rilevazione ospedaliera della quota di spesa farmaceutica prodotta attraverso questo canale;
- la delega alle Regioni della disciplina in materia di: pubblicità presso gli operatori sanitari, consegna di campioni gratuiti, concessioni di prodotti promozionali di valore trascurabile, definizione delle modalità con cui gli operatori del SSN comunicano alle Regioni la partecipazione a iniziative promosse o finanziate da aziende farmaceutiche.

demand elasticity according to the different types of policies applied.

- *Finally, the strong regional differences in health care needs - deriving from varying demography and from individual economical and social conditions - lead to consider the absurdity of pursuing the logic of one single expenditure ceiling (be it a total of 13,0% or 16,0%) which, instead of guaranteeing uniformity in the national health care, will widen regional differences even further.*

La legge in esame istituisce inoltre l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) alla quale vengono attribuiti i seguenti compiti, in parte già svolti dal Ministero della Salute:

- definizione della percentuale di ripiano della spesa, da parte del produttore nella misura del 60,0% del superamento del tetto di spesa; mentre per il rimanente 40,0% le Regioni adotteranno specifiche misure in materia di spesa farmaceutica;
- la contrattazione con i produttori a partire dal 1° gennaio 2004, per la definizione dei prezzi dei prodotti rimborsati dal SSN;
- la predisposizione di un elenco dei farmaci rimborsabili dal SSN, sulla base dei criteri di costo e di efficacia entro il 30 settembre di ogni anno, o semestralmente nel caso di sfondamenti del tetto di spesa;
- la realizzazione della valutazione di costo-efficacia per l'immissione di nuovi farmaci comportanti vantaggio terapeutico aggiuntivo e l'autorizzazione all'immissione di nuovi farmaci (non comportanti vantaggio terapeutico) solo se il prezzo del medesimo medicinale è inferiore o uguale al prezzo più basso dei medicinali per la relativa categoria terapeutica omogenea;
- l'individuazione delle confezioni ottimali per l'inizio e il mantenimento delle terapie contro le patologie croniche con farmaci a carico del SSN;
- la definizione di liste omogenee per l'erogazione dei farmaci e di linee guida per la terapia farmacologica anche per i farmaci a distribuzione diretta, quelli impiegati nell'assistenza distrettuale e residenziale e quelli impiegati nel corso di ricoveri ospedalieri;
- l'istituzione di un fondo (finanziato attraverso un contributo delle imprese farmaceutiche pari al 5,0% delle spese sostenute nell'anno precedente per le attività di promozione) destinato per il 50,0% alla costituzione di un fondo nazionale per l'impiego di farmaci orfani per malattie rare, per il rimanente 50,0% all'istituzione di un centro di informazione indipendente sul farmaco, alla realizzazione di un programma di farmacovigilanza, alla realizzazione di ricerche sull'uso dei farmaci ed in particolare di sperimentazioni cliniche comparative tra farmaci tese a dimostrare il valore terapeutico aggiunto;
- Il monitoraggio attraverso l'Osservatorio sull'impiego dei medicinali (OsMED) del consumo e della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera a carico del SSN e di quella a carico del cittadino;
- la predisposizione di nuove modalità per promuovere la ricerca scientifica.

Vi sono, inoltre, alcune questioni ancora in fase di definizione quali: le nuove note da parte della CUF che recepiscono l'evoluzione delle indicazioni terapeutiche da parte del mondo scientifico e permettono di garantire una terapia più appropriata per il paziente e che spesso si può presentare meno costosa per la società. Ancora indeterminato è il futuro dell'allegato 2 del D.M. del 22 dicembre 2002 relativo alla duplice via distributiva di farmacie e strutture pubbliche, dove risulta in fase di definizione un Prontuario della Distribuzione Diretta (PDD), con l'elenco dei principi attivi rivolti alla cura delle patologie che richiedono un contatto ricorrente da parte del centro di riferimento che predispone il piano terapeutico dell'assistito. Il Prontuario eviterebbe il proliferare di prontuari farmaceutici regionali, o addirittura a livello di singola ASL, e offrirebbe il vantaggio di ridurre le discriminazioni nell'offerta di un'assistenza farmaceutica che si presenterebbe differenziata sia tra le Regioni che all'interno della Regione stessa[7].

[7] *Farma7, (2004).*

L'insieme delle manovre attuate ha permesso di ottenere un risparmio di spesa pari a 1.720 milioni di Euro con l'opportunità di destinare le risorse risparmiate ad una maggiore offerta di cure attraverso il SSN, realizzata attraverso l'ammissione al rimborso di farmaci innovativi (sono state 50 le nuove confezioni di farmaci, pari a 31 molecole differenti, registrati con procedura europea e ammessi al rimborso nel 2003) e il rientro in fascia A dei farmaci antistaminici, per le allergie medie e gravi, che richiedono un trattamento superiore ai 60 giorni, precedentemente a totale carico del cittadino e che consentiranno ora un risparmio di Euro 2-3 al giorno per i circa 400.000 soggetti allergici.

2.3 Gli interventi regionali

Con l'introduzione della L. n. 405/2001, che ha fissato il tetto della spesa farmaceutica territoriale al 13,0% della spesa sanitaria complessiva sia a livello nazionale che regionale, per la copertura degli eventuali disavanzi le Regioni possono ricorrere all'introduzione di: misure di compartecipazioni alla spesa (*ticket*), interventi sui prelievi fiscali, distribuzione diretta dei farmaci, governo del comportamento prescrittivo dei medici, regolamentazione dell'informazione medico-scientifica delle imprese, politiche rivolte ad incentivare la domanda, la prescrizione e la dispensazione dei generici, limitazioni alla pluriprescrivibilità, ricorso all'assistenza indiretta[8].

Nel 2003 il *ticket* è stato confermato in tutte le Regioni in cui era stato applicato nel corso del 2002, seppur con alcune modifiche e con una differenziazione di trattamento dei cittadini a livello regionale. Tra le principali politiche realizzate possiamo osservare l'applicazione di un *ticket* differenziato per alcune categorie di soggetti, e per alcune categorie di farmaci, in particolare: in Liguria viene applicato un *ticket* diverso per i soggetti esenti per patologia e con reddito annuo personale inferiore a Euro 40.000,00; in Lombardia per i pazienti esenti per patologia e malattie rare relativamente ai farmaci correlati alla patologia, per gli invalidi civili e per gli invalidi del lavoro, solo per gli antibiotici monodose, i medicinali a base di interferone a favore di soggetti affetti da epatite cronica e medicinali somministrati esclusivamente per fleboclisi; analogamente in Puglia per i soggetti con redditi bassi, malattie croniche, invalidanti e rare, e per alcune categorie di farmaci (analoghe a quelle previste in Lombardia).

Ulteriori manovre hanno riguardato: l'ampliamento delle categorie di soggetti esenti per patologia o reddito che sono state realizzate in Liguria (luglio 2003), in Lombardia (marzo 2003, e con un ulteriore allargamento da gennaio 2004), in Veneto (luglio 2003); l'ampliamento dell'esenzione dal *ticket* per alcune categorie di farmaci quali i farmaci analgesici oppiacei in Piemonte, ed in Veneto quelli utilizzati dai pazienti affetti da dolore severo in corso di patologia neoplastica o degenerativa, per malattie rare e croniche invalidanti.

Infine, alcune Regioni hanno apportato modifiche ai *ticket* precedentemente introdotti: dal settembre 2003 la Puglia ha aumentato il suo *ticket* a 2 Euro a confezione, fino ad massimo di 5,5 Euro a ricetta[9], la Sardegna ha invece dimezzato il suo *ticket* da luglio 2003 (0,75 Euro a confezione fino ad un massimo di 1,50 a ricetta), per poi abolirlo completamente da aprile

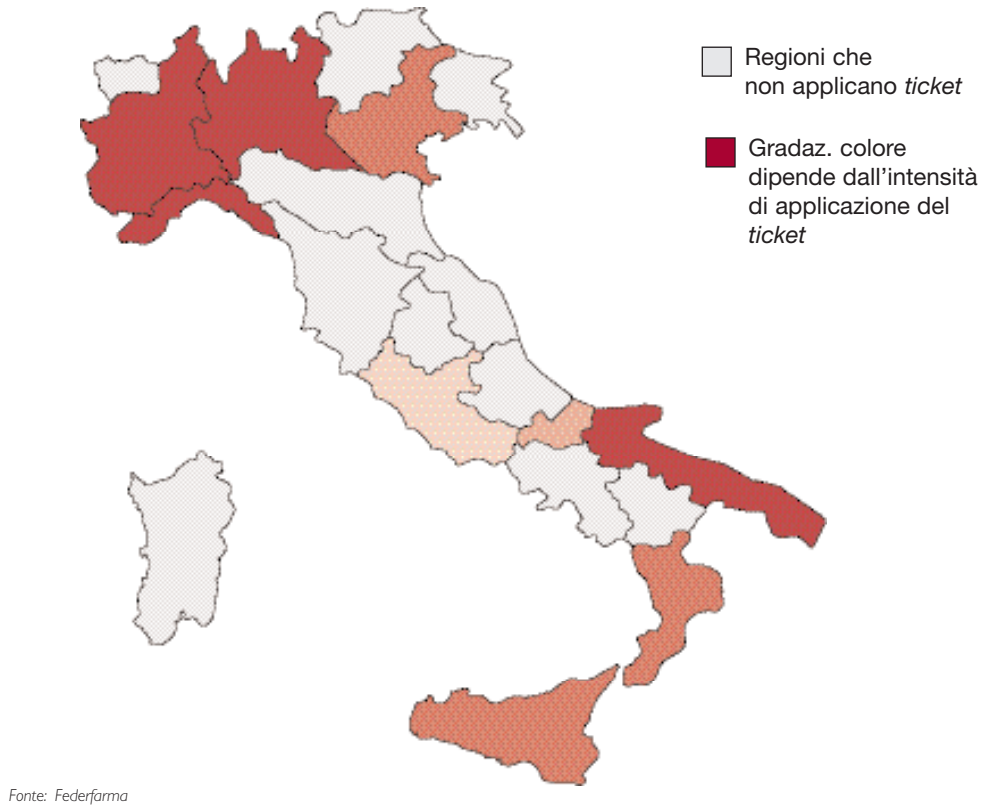
[8] *ASI n. 9 del 26 febbraio 2004.*

Tabella 3 - Interventi normativi regionali in tema di assistenza farmaceutica (gennaio 2003 – giugno 2004)

Regioni	Ticket	Distribuzione diretta	Continuità terapeutica (1° ciclo)
Abruzzo	No	Si (ex nota 37 solo alcuni principi attivi, nota 65, ADI)	Si (3 - 4 gg.)
Basilicata	No	Si (ex nota 37, ADI)	Si
Calabria	Si (1 Euro/confez.)	Si (ex nota 37)	Si (30 gg.)
Campania	No	Si (ex nota 37, ADI)	Si
Emilia Romagna	No	Si (> ex nota 37, ADI)	Si
Friuli V.G.	No	Si (ex nota 37, ADI)	Si
Lazio	Si (1 Euro/conf. per i farm. con prezzo>5 Euro)	Si (ADI)	Si
Liguria	Si (2 Euro/confez., max 4 Euro /ricetta)	Si (non attuato, solo La Spezia per SSRI)	Si
Lombardia	Si (2 Euro/confez., max 4 Euro /ricetta)	Si (Brescia, Como, Pavia: ex nota 37)	Si
Marche	No	Si (ex nota 37, hp: principi attivi ad alto consumo, ADI)	Si
Molise	Si (1 Euro/conf. max 3 Euro a ricetta per i farm. con prezzo>5 Euro)	Si (ADI)	Si
Piemonte	Si (2 Euro/confez., max 4 Euro /ricetta)	Si (ex nota 37)	Si
Puglia	Si (2 Euro/confez., max 5,5 Euro/ricetta)	Si (ex nota 37, ADI)	Si (30 gg, segue visita ambulatoriale e nuovo ciclo 30gg.; principi attivi ad alto costo 30gg)
Sardegna	Abolito 1/04/04	Si (ex nota 37, ADI)	Si
Sicilia	Si (da 1,50 Euro a 2 Euro/confez. secondo fasce di reddito	Si (ex nota 37; diagnosi e piano terapeutico di centri specializzati con durata < 3 mesi)	No
Toscana	No	Si (> ex nota 37)	Si
PA Bolzano	Si (2 Euro/confez., max 4 Euro/ricetta per 2 o più confezioni)	Si (ex nota 37)	No
PA Trento	No	Si (ex nota 37, ADI)	Si
Umbria	No	Si (ex nota 37, ADI)	Si
Valle d'Aosta	No	Si (ex nota 37)	No
Veneto	Si (2 Euro/confez., max 4 Euro /ricetta)	Si (ex nota 37)	Si (2 gg.)

Fonte: nostra elaborazione su BUR regionali

Figura 3 - L'applicazione dei ticket nelle Regioni



Fonte: Federfarma

2004, la Sicilia ha modificato il *ticket* prevedendo un *ticket* che varia da 1,50 Euro a 2 Euro a seconda delle fasce di reddito, e con esenzione totale per soggetti con reddito inferiore ad una certa soglia; il Veneto è passato da 2 Euro a ricetta a 2 Euro a confezione fino ad un massimo di 4 Euro a ricetta.

I *ticket* applicati dalle Regioni variano quindi tra 1 e 2 Euro, dove solamente la Calabria, il Lazio e il Molise (le ultime due esclusivamente per i farmaci con prezzo superiore a 5 Euro) applicano il *ticket* più basso di 1 Euro. Non applicano ancora alcuna forma di *ticket* le Regioni indicate in bianco nella cartina sopra, mentre l'intensità del colore delle altre Regioni è proporzionale all'incidenza del *ticket* sulla spesa farmaceutica.

Si può quindi osservare che tutte le Regioni che hanno adottato il *ticket* hanno privilegiato l'applicazione di una quota fissa per confezione anziché a ricetta (ad eccezione della PA di Bolzano che ha mantenuto la quota fissa per ricetta esclusivamente per alcune categorie di pazienti), in quanto si ritiene che il *ticket* per ricetta abbia un minore impatto sul contenimento dei consumi. Si deve inoltre ricordare che il *ticket* non determina un'effettiva riduzione della

[9] *Nel 2002 il ticket era di 1 Euro a ricetta, più 1,5 Euro a confezione, fino ad un massimo di 4,5 Euro a ricetta.*

spesa farmaceutica, ma comporta uno spostamento della stessa a carico dei cittadini e, dall'altro lato, determina anche un effetto sulla spesa lorda dovuto alla riduzione delle quantità consumate a carico del SSN.
Accanto a questi provvedimenti, alcune Regioni hanno cercato di contenere la spesa, introducendo una limitazione sul numero di confezioni prescrivibili per ricetta. Tale misura rivolta a scoraggiare la pluriprescrizione da parte del medico sulla stessa ricetta, presenta da un lato il vantaggio di limitare consumi eccessivi dei farmaci o l'eventuale non utilizzo e scadenza degli stessi nel caso di variazione della terapia, dall'altro crea un disagio ai pazienti con patologia cronica, che dovranno recarsi più volte dal medico per rinnovare la ricetta. Tra le Regioni che hanno adottato la limitazione della pluriprescrizione troviamo l'Abruzzo che ha imposto la prescrizione di 1 pezzo per ricetta per alcuni farmaci (ad es. gli inibitori della pompa acida, note CUF 1 e 48 e i farmaci della nota CUF 66 a partire da settembre 2003), il Piemonte che ha implementato la stessa misura per gli inibitori della pompa acida, la Regione Marche che ha fissato il limite di una confezione per ricetta fino ad un massimo di 2 sia per le specialità che per i generici. Peculiare è stata l'introduzione di una recente indicazione (maggio 2004) della Regione Abruzzo, che ha vietato al medico la prescrizione di più ricette dello stesso farmaco nello stesso giorno, e la possibilità di rinnovare la prescrizione prima di una settimana dal completamento della terapia in atto (tale provvedimento è stato, però, temporaneamente revocato).
La L. n. 405/2001 ha, inoltre, previsto che le Regioni possano attivare modalità particolari di erogazione dei farmaci attraverso tre forme: la distribuzione diretta, ossia l'erogazione dei farmaci che richiedono un controllo ricorrente, attraverso la stipula di accordi con le associazioni sindacali delle farmacie convenzionate, con le stesse modalità attuate dalle strutture pubbliche; l'erogazione diretta da parte delle aziende sanitarie dei medicinali per il trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale; infine la continuità assistenziale, ossia la distribuzione da parte della struttura pubblica dei farmaci, per il periodo immediatamente successivo alla dimissione dal ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo. La spiegazione del ricorso alla distribuzione diretta, quale misura di contenimento della spesa, è da rinvenire nel fatto che l'acquisto dei farmaci da parte delle strutture pubbliche avviene con uno sconto almeno del 50,0%, per i medicinali autorizzati con procedura nazionale e del 33,35% per quelli autorizzati con procedura europea, sconto che può essere anche più alto, nei sistemi di acquisto attraverso le gare, in funzione della tipologia di farmaco e/o della presenza o meno di farmaci equivalenti dal punto di vista terapeutico. Il reale risparmio ottenuto attraverso il ricorso alla distribuzione diretta è però difficilmente quantificabile, in quanto genera uno spostamento di tale spesa dal territorio all'ospedale, e mentre da un lato facilita il rispetto del tetto del 13,0% della spesa farmaceutica territoriale, dall'altro comporta maggiori oneri su altre poste di bilancio (beni e servizi e personale) soggetti a minori controlli rispetto a quelli previsti per il settore farmaceutico[10]. La spesa farmaceutica 2003 risulterebbe in questo modo largamente sottostimata.
La distribuzione diretta è ovviamente limitata ad alcune categorie di farmaci: quelli contemplati nella ex nota 37[11] della CUF e riguardanti le patologie croniche, i farmaci destinati alle cure dei pazienti in regime di Assistenza Domiciliare, dei pazienti ricoverati presso Residenze

per Anziani (RSA), dei pazienti ricoverati in *hospice* e per i farmaci necessari a compiere il primo ciclo di terapia successivamente alla dimissione da ricovero ospedaliero. Tale misura permette, oltre al risparmio legato allo sconto che le aziende farmaceutiche devono attuare nei confronti del SSN di almeno il 50,0% del prezzo delle confezioni farmaceutiche, anche un maggiore controllo sull'appropriatezza nell'utilizzo dei farmaci in quanto permette di individuare un percorso terapeutico.

Alcune Regioni hanno avviato accordi con la distribuzione (grossisti e farmacisti) al fine di mantenere una distribuzione più capillare sul territorio ed evitare disagi ai pazienti. L'acquisto dei medicinali dell'Allegato 2 da parte delle Aziende Sanitarie avviene a prezzi scontati e ai farmacisti e ai grossisti vengono riconosciuti dei margini distributivi inferiori. Questo tipo di accordo è stato adottato dalla Provincia Autonoma di Trento, dalla Valle d'Aosta e più recentemente dalla Basilicata (settembre 2003) e dal Molise (gennaio 2004). Altre Regioni, invece, hanno scelto di adottare questa iniziativa solo in alcune Aziende Sanitarie (ad esempio, in Veneto la ULSS di Chioggia, in Lombardia a Brescia e Pavia).

Alcuni interventi rivolti al contenimento della spesa, con effetti non immediati, prevedono di agire nei confronti dei soggetti prescrittori cercando di evitare eventuali abusi prescrittivi e nell'utilizzo dei farmaci, sia attuando azioni di controllo sui medici, che sensibilizzando i pazienti. Relativamente all'appropriatezza prescrittiva la Regione Abruzzo ha recentemente stipulato un accordo con i medici convenzionati e quelli ospedalieri che si impegnano a contribuire alla riduzione della spesa nella misura del 2,0% adottando particolari modalità prescrittive per alcuni farmaci e impegnandosi a non sostituire a soggetti affetti da patologie croniche la terapia in atto (salvo che per esigenze cliniche giustificate).

Tra le ulteriori manovre a disposizione delle Regioni troviamo la possibilità per le Aziende Sanitarie Locali e per le Aziende Ospedaliere di implementare strumenti per migliorare l'appropriatezza prescrittiva, è il caso delle linee guida sull'uso appropriato dei farmaci, che non presentano effetti a breve termine, ma possono dimostrarsi efficaci nel lungo periodo soprattutto se basati sull'*Evidence Based Medicine*. La Regione Toscana, ad esempio, sta sviluppando un progetto di predisposizione delle linee guida diagnostico-terapeutiche per le patologie più diffuse. La Regione Abruzzo, invece, ha adottato tale strumento prevedendo che i medici frequentino moduli formativi per acquisire e applicare percorsi diagnostico-terapeutici per la gestione delle patologie ad alto costo, e garantendo così una maggiore appropriatezza prescrittiva. Molti degli strumenti utilizzati sono spesso introdotti negli accordi che la Regione (e spesso anche la singola ASL) stipula con i medici di medicina generale. Tali accordi prevedono, in alcuni casi, per il medico un trattamento incentivante, commisurato al numero di assistiti, per il raggiungimento di livelli di spesa farmaceutica programmati e per la razionalizzazione dell'uso del farmaco, oppure la possibilità di utilizzare le risorse risparmiate per potenziare le prestazioni territoriali offerte dal medico di medicina generale.

Infine tra gli strumenti a disposizione delle Regioni possiamo annoverare:

• il sistema di monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche, avviato da molte Regioni

[10] *Parodi A. et al., (2004).*

[11] *Allegato 2 DM 22.12.2000.*

attraverso i flussi informativi, che ha lo scopo di permettere elaborazioni mensili sui dati di consumo e di spesa raccolti con la possibilità di monitorare addirittura la prescrizione del singolo medico curante, del distretto e di tutta la ASL;
- I programmi di informazione indipendente dall'industria farmaceutica attivati in alcune Regioni/ASL, come ad es. Emilia Romagna, Friuli, Toscana, sviluppati al fine di fornire informazioni sui farmaci che non siano condizionate dalla "pressione", che si ritiene l'industria farmaceutica eserciti sul medico prescrittore.

2.4 Analisi della spesa e delle politiche farmaceutiche

L'onere a carico del SSN del 13,0% per l'assistenza farmaceutica convenzionata ha portato le Regioni ad attuare manovre correttive al fine di rientrare nell'obiettivo indicato, dove le Regioni che registrano lo sforamento più ampio rispetto al tetto sono sostanzialmente quelle che non sono intervenute pesantemente attraverso imposizione di *ticket* e la distribuzione diretta, e con forti differenze tra Nord e Sud.
Si può infatti osservare che l'Italia si presenta spaccata in due, le Regioni del Nord, ad eccezione della Liguria che probabilmente risente delle particolari condizioni demografiche presentando la popolazione più anziana, sono riuscite ad attuare un maggiore controllo della spesa farmaceutica, insieme all'Umbria. Il tetto di spesa delle Regioni del Nord varia tra l'8,4% del Trentino Alto Adige e il 12,6% dell'Emilia Romagna. Le Regioni del Centro (ad eccezione dell'Umbria) e del Sud non sono invece riuscite a soddisfare il vincolo del tetto del 13,0% e l'incremento di spesa farmaceutica varia tra il +0,8% delle Marche e il +5,2% della Sicilia, rispetto al 13,0%. L'assegnazione della quota prevista per la spesa farmaceutica per il 2004[12], pari a 10.238 milioni di euro, inoltre, porterebbe molte Regioni a trovarsi con assegnazioni notevolmente inferiori alla spesa farmaceutica territoriale registrata nel 2003, in quanto non è stata calcolata sull'intero ammontare del Fondo Sanitario attribuito alle Regioni[13].
Analizzando l'andamento della spesa a livello regionale si registra un incremento consistente di spesa e consumi in Sardegna derivante dall'attenuazione dalla riduzione del *ticket* del 50,0% a partire da agosto 2003, e dalla limitazione prescrittiva ad una confezione per ricetta, in vigore dal mese di novembre 2003. Le uniche Regioni che hanno fatto registrare un calo della spesa netta sono Abruzzo, Basilicata e Lombardia: le prime hanno fatto ricorso alla distribuzione diretta come misura prevalente di contenimento della spesa, la Lombardia invece applica il *ticket*. Considerando che l'introduzione della distribuzione diretta non permette una precisa quantificazione del risparmio ottenuto, perché una quota rilevante delle prescrizioni e della spesa di questi medicinali è stata trasferita dal territorio all'ospedale, con una forte variabilità regionale, la spesa a carico del SSN per questi farmaci passa da un minimo dello 0,6%

[12] *Approvata dalla Conferenza Stato-Regioni del 12 febbraio 2004.*
[13] *Secondo quanto indicato dall'art. 5, Legge n. 405/2001: "A decorrere dall'anno 2002 l'onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale per l'assistenza farmaceutica territoriale non può superare, a livello nazionale ed in ogni singola Regione, il 13 per cento della spesa sanitaria complessiva".*

Tabella 4 - Confronto spesa farmaceutica netta 2003 e assegnazione farmaceutica FSN 2004

Regioni	Spesa 2003	Assegnazione 2004	Differenza Assegnazione 2004/spesa 2003
Valle d'Aosta	21.181.170	21.732.000	2,60%
Piemonte	708.726.358	799.438.000	12,80%
Liguria	352.284.065	322.179.000	-8,55%
Lombardia	1.511.226.931	1.620.488.000	7,23%
Veneto	723.234.802	805.217.000	11,34%
Bolzano	70.637.815	77.599.000	9,85%
Trento	71.834.926	84.319.000	17,38%
Friuli VG	215.643.789	224.386.000	4,05%
Emilia Romagna	763.915.105	762.165.000	-0,23%
Marche	287.229.838	273.906.000	-4,64%
Toscana	636.486.988	674.493.000	5,97%
Lazio	1.262.707.472	932.794.000	-26,13%
Umbria	157.430.824	159.678.000	1,43%
Abruzzo	275.300.831	231.365.000	-15,96%
Molise	68.042.914	59.509.000	-12,54%
Campania	1.167.091.690	928.366.000	-20,45%
Puglia	789.344.161	679.005.000	-13,98%
Basilicata	125.203.320	104.467.000	-16,56%
Calabria	422.812.371	344.894.000	-18,43%
Sicilia	1.109.627.090	854.269.000	-23,01%
Sardegna	349.561.364	278.226.000	-20,41%
Totale Italia	11.089.523.824	10.238.495.000	-7,67%

Fonte: nostra elaborazione su dati Federfarma e Conferenza Stato-Regioni 12 febbraio 2004

in Umbria (0,7% in Toscana e 0,8% in Emilia Romagna) a oltre il 10-11,0% in Molise, Puglia e Sardegna. Le Regioni che non hanno attuato questa modalità di erogazione presentano una quota percentuale maggiore di tali farmaci venduti in farmacia, mentre quelle che hanno attuato una maggiore dispensazione diretta, registrano una vendita minore attraverso le farmacie[14].
Analizzando l'impatto del *ticket* sulla spesa farmaceutica possiamo osservare che a livello nazionale il *ticket* incide sulla spesa lorda per il 5,2%, sempre con forti differenze riscontrabili a livello regionale. L'incidenza del *ticket* è pari 9,8%, 9,4% e 9,3% sulla spesa lorda per le Regioni che hanno applicato il *ticket* più elevato, rispettivamente Liguria, Lombardia e Piemonte; i valori più bassi si possono osservare in Molise, Lazio, Sardegna e Provincia Autonoma di Bolzano.
Altrettanto variabile all'interno delle Regioni si presenta la spesa sostenuta dal SSN per garan-

[14] *Ministero della Salute, OsMED, (2003).*

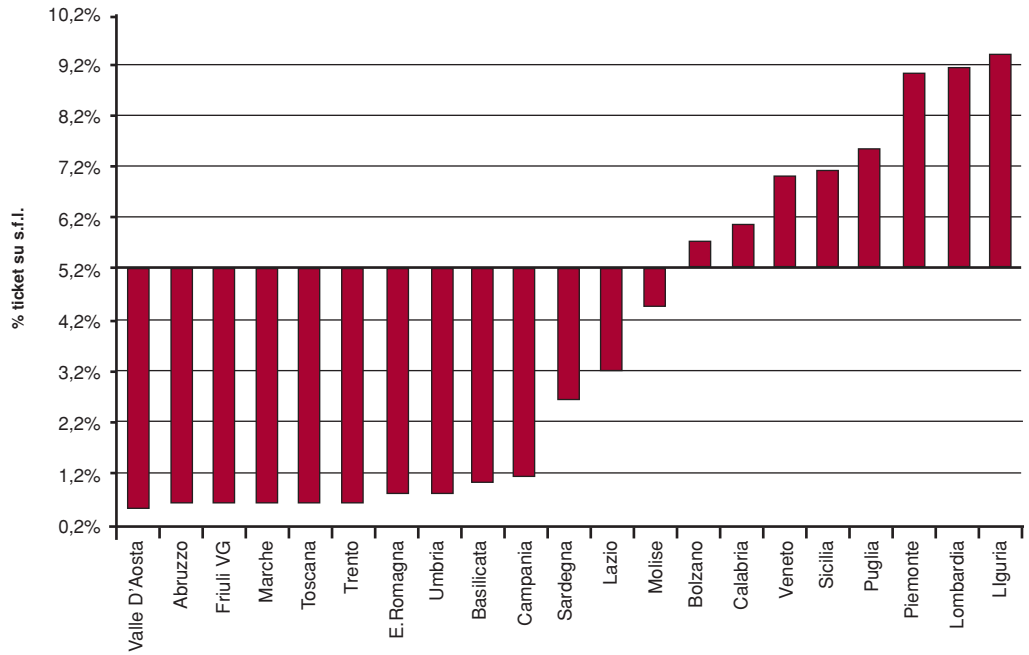
Tabella 5 - Percentuale di spesa lorda per i farmaci della duplice via distributiva

Regioni	% spesa dei farmaci "duplice via" su spesa SSN
Piemonte	5,6
Valle d'Aosta	0,4
Lombardia	8,5
Trentino AA	5,0
Veneto	3,1
Friuli VG	4,2
Liguria	8,4
E. Romagna	0,8
Toscana	0,7
Umbria	0,6
Marche	3,6
Lazio	7,4
Abruzzo	3,7
Molise	11,6
Campania	2,9
Puglia	10,2
Basilicata	8,4
Calabria	8,1
Sicilia	8,1
Sardegna	10,0
Italia	**6,0**
Nord	**5,6**
Centro	**4,7**
Sud e Isole	**7,1**

Fonte: nostra elaborazione su dati OsMED 2003

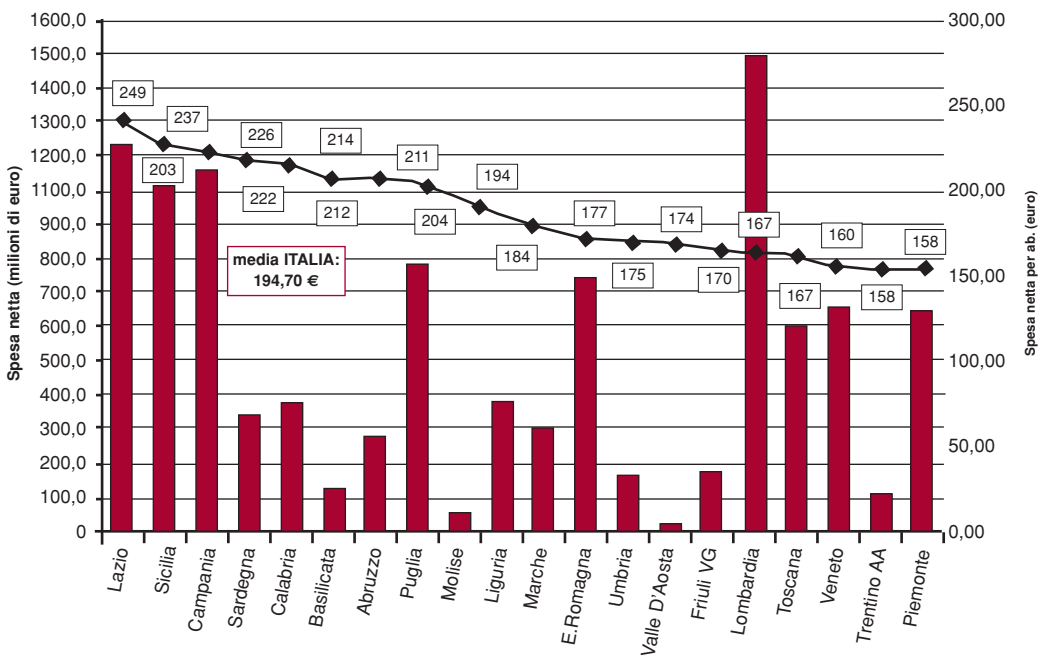
tire l'assistenza farmaceutica a ciascun cittadino, che oscilla dai 157,60 Euro del Piemonte ai 249,40 Euro del Lazio. Sono, anche in questo caso, le Regioni del Nord le più virtuose, mentre quelle del Sud continuano a pagare il conto più salato.
La variabilità cresce ulteriormente se si considerano i dati di spesa media pro-capite relativi alle singole ASL. Un'analisi svolta dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali sulle 197 ASL d'Italia mette in evidenza le forti disuguaglianze nella spesa farmaceutica pro-capite delle ASL all'interno dello stesso territorio regionale. Il primato di ASL che spende di più per ogni cittadino spetta alla ASL RM/A seguita dalla ASL RM/C, rispettivamente con 292,15 Euro e 250,88 Euro, mentre la ASL che spende di meno è quella di Bressanone con 134,71 Euro e con una differenza di ben 157,44 Euro tra la prima e l'ultima della classifica. La preoccupazione più evidente dall'analisi dei risultati ottenuti nello studio, è che le differenze crescono anche all'interno di una stessa Regione. Gli esempi più vistosi sono registrati dal Lazio dove la ASL di

Figura 4 - Incidenza del ticket su spesa farmaceutica lorda 2003



Fonte: nostra elaborazione su dati Federfarma

Figura 5 - Spesa Netta SSN & Spesa Netta SSN per abitante 2003



Fonte: nostra elaborazione su dati OsMED

Viterbo spende 79 Euro in meno della capolista ASL RM/A e dalla Campania, dove la ASL NA/2 spende circa 62 Euro in meno della ASL NA/1. La variabilità nella spesa farmaceutica pro-capite risulta invece molto più bassa nelle Regioni del Nord ed in particolare in Friuli Venezia Giulia: tra la prima e l'ultima ASL ci sono solo 17,53 Euro di differenza.

2.5 Conclusioni

L'analisi condotta permette di evidenziare alcuni aspetti critici legati alle politiche farmaceutiche realizzate sia a livello nazionale che regionale.
In particolare, l'aumento considerevole di strumenti utilizzati per il governo della spesa farmaceutica (riduzione del prezzo dei farmaci realizzata con la revisione del Prontuario Farmaceutico Nazionale e politica di sviluppo dei generici realizzate centralmente, introduzione di *ticket* e di limitazioni prescrittive realizzate dalle Regioni, etc.), non hanno permesso fino ad oggi di realizzare un'effettiva riduzione o controllo della spesa farmaceutica, ma hanno determinato esclusivamente uno spostamento della spesa dal settore pubblico a quello privato, aumentando così la spesa per i medicinali da parte dei cittadini. Si pone quindi l'esigenza di valutare ed implementare interventi e politiche che permettano di garantire una maggiore appropriatezza nell'utilizzo dei farmaci, perché solo da un uso più razionale degli stessi possono conseguire reali risparmi di spesa. Il *ticket* applicato a particolari categorie di pazienti o di patologie e il maggiore controllo sulle prescrizioni realizzate dai medici, sembrano avere un effetto potenziale di promozione dell'appropriatezza, ma a causa della difficile misurazione di tale aspetto, non se ne conosce l'efficacia reale.
Si evidenzia, quindi, l'assenza di un sistema efficace per il monitoraggio dell'appropriatezza dell'assistenza farmaceutica, ma anche una scarsa conoscenza dell'elasticità del consumo farmaceutico ai vari tipi di intervento realizzati. Un'analisi più completa consentirebbe di valutare in quale misura i consumi farmaceutici possano variare a seguito dell'introduzione delle diverse politiche sia a livello nazionale che regionale e permetterebbe di individuare quali siano gli strumenti più efficaci per contenere la spesa e per garantire un utilizzo sempre più appropriato dei farmaci.
Infine, le forti differenze dei bisogni nelle Regioni e all'interno delle stesse, derivanti sia dalla diversa struttura demografica, che dalle particolari condizioni economiche e sociali presenti in ciascuna di esse, porta a considerare l'assurdità del perseguimento della logica del tetto unico di spesa (del 13,0% o 16,0% complessivo), che sebbene rivolto a garantire l'uniformità di cure sul territorio nazionale, secondo lo spirito derivante dall'introduzione dei Livelli Essenziali di Assistenza, di fatto determina un ulteriore ampliamento delle differenze regionali. Tale situazione pone sempre di più la necessità di prevedere interventi e politiche che non siano rivolte esclusivamente a fronteggiare incrementi esponenziali di spesa, ma suggerisce l'esigenza di una politica, non solo farmaceutica, basata sulla conoscenza reale dei bisogni della popolazione e delle patologie che si presentano come più frequenti in ciascun territorio, al fine di utilizzare le risorse nel modo più efficace possibile, evitando eventuali sprechi e orientando sempre di più l'attenzione alla soddisfazione dell'utente.

Bibliografia/References

ASSR, (2004), *Pillole&Spesa/I dati contenuti nel rapporto dell'ASSR sui conti di settore delle 197 ASL d'Italia tra gennaio e settembre 2003. Cure ballerine con oltre 100 euro di stacco*, "Il Sole 24 ore sanità", 10-16 febbraio, pag. 10-12.

ASSR, (2004), *Pillole&Spesa/I dati del rapporto conclusivo dell'ASSR sui conti farmaceutici 2003. Farmaci ASL tra vizi e virtù*, "Il sole 24 ore sanità", 27 aprile-3 maggio, pag. 13-15.

ASSR, (2004), *Provvedimenti adottati dalle Regioni in materia di assistenza farmaceutica*.

Farma7, (2004), *Nuove note si avvicinano. E un PT potrebbe limitare la distribuzione diretta*, "Farma7", n. 8, 27 febbraio, pag. 3-4.

Farma7, (2004), *Spesa farmaceutica SSN: il consuntivo dell'anno 2003,* "Farma7", n. 7, 20 febbraio, pag. 9-11.

Farmindustria, *Scenari per il settore farmaceutico*, n. 10, aprile 2004.

Federfarma, (2003), *La spesa farmaceutica SSN*, dati gennaio-dicembre 2003.

Federfarma, (2004), *Federfama presenta i dati del 2003. Diminuita del 5,3% la spesa farmaceutica a carico del SSN*, "ASI", n. 8, 19 febbraio, pag. 27-30.

"ASI", n. 9, 26 febbraio.

Federfarma, (2004), *La spesa farmaceutica SSN*, dati gennaio-febbraio 2004.

Jommi C. (2004), *Farmaceutica 2003: il "fuori rimborso" fa il mercato*, "Il Sole 24 Ore sanità", 2-8 mar., pag. 10-11.

Jommi C., Otto M., Paruzzolo S., (2003), *Primo semestre 2003: un freno alla crescita della spesa farmaceutica. Previsioni 2003-2005: segnali di ripresa limitata dal 2004*, "ASI", n. 44, 30 ottobre, pag. 22-32.

Ministero della Salute (2004), *Spesa farmaceutica in Italia: dati e considerazioni*, "I documenti di Panorama della Sanità", n. 8, pag. 33-44.

Ministero della Salute (2004), *Spesa farmaceutica sotto controllo*, "ASI", n. 9, 26 febbraio, pag. 6-15.

Ministero della Salute, OSMED, (2003), *Rapporto nazionale anno 2003. L'uso dei farmaci in Italia.*

Osservatorio SIFO, (2004), *Razionalizzazione delle cure al mix territoriale. E il "controllo ricorrente" è sempre un rebus*, "Il sole 24 ore sanità", 24 feb.-1 mar., pag. 11-15.

Parodi A. et al., (2004), *La distribuzione diretta dei farmaci*, "ASI", n. 24, 10 giugno, pag. 18-19.

Todaro S., (2004), *Farmaci: più cure con il SSN*, "Il sole 24 ore sanità", 2-8 mar., pag. 9.

Todaro S., (2004), *Pillole&Spesa/I dati Federfarma sui consumi farmaceutici pubblici dello scorso anno. Il 2003 chiude i conti a -5,3%*, "Il Sole 24 ore sanità", 24 feb.-1 mar., pag. 11.

Capitolo 3

La ricerca dell'efficienza nel sistema regionale di assegnazione delle risorse per la sanità

Fioravanti L.[1], Spandonaro F.[2]

3.1 Premessa

Nel nuovo assetto istituzionale dello Stato, basato su principi federalisti, il settore sanitario ha assunto un'importanza sempre maggiore per le Regioni, come risulta dai dati di spesa sanitaria, che rappresenta in media il 78,5% del bilancio delle Regioni[3].
Inoltre, considerando che il rapporto percentuale tra finanziamento del SSN a carico dello Stato e PIL è aumentato fino al valore del 6,1% registrato nel 2003[4], risulta sempre più importante comprendere la reale capacità delle Regioni nel perseguire una maggiore efficienza; in particolare sembra utile monitorare il sistema di distribuzione delle risorse agli erogatori utilizzato dalle Regioni per analizzarne le differenze esistenti e i diversi esiti.
Il presente contributo si propone quindi di confrontare le politiche di distribuzione delle risorse, e in particolare di finanziamento/pagamento delle aziende sanitarie ed ospedaliere pubbliche e private, impiegate a livello regionale, al fine di comprendere quali reali incentivi all'efficienza esse comportino, nonché le motivazioni economiche di alcune marcate differenze che si riscontrano in dette politiche; il lavoro si sostanzia nell'analisi dei criteri di riparto delle

[1] *CEIS Centre for Health Economics and Health Care Management, Facoltà di Economia, Università di Roma "Tor Vergata"*
[2] *CEIS Centre for Health Economics and Health Care Management, Facoltà di Economia, Università di Roma "Tor Vergata"*
[3] *Corte dei Conti, 16 luglio 2004, Relazione al Parlamento sulla finanza regionale 2002/2003.*
[4] *Dati Ministero della Salute 2004.*

The search of efficiency in the regional system of allocating resources for health care

Fioravanti L.[1], Spandonaro F.[2]

Summary

The present contribution sets out to compare policies for the distribution of resources, and in particular those involving the financing/payment of local health-care agencies and public and private hospitals, utilised by regional governments, for the purpose of understanding what effective incentives towards efficiency these entail, as well as the economic motives for certain marked differences found between these policies.
The analysis was extended to the regions of Campania, Liguria, Lombardia, Puglia, Sicilia, Umbria and Veneto, together with the Autonomous Province of Trento.
Each region follows the criteria contemplated under the national distribution system, though differences can often be observed in terms of the shares of the resources assigned by a given region to the different levels of care, a result of the implementation of the federalist system, whose objective is to increase internal efficiency through an allocation of available resources that better reflects the specific needs of each region.
The coexistence of decidedly different regional approaches can be viewed as a sign of the significant autonomy of the regions, but also as a demonstration of the varying levels of regional concern over the possibility of making health-care enterprises bear more responsibility for

[1] *CEIS Centre for Health Economics and Health Care Management, Department of Economics, University of Rome, "Tor Vergata" campus.*
[2] *CEIS Centre for Health Economics and Health Care Management, Department of Economics, University of Rome, "Tor Vergata" campus.*

risorse finanziarie, delle forme di utilizzo di alcuni strumenti tesi a garantire l'equilibrio di bilancio, quali accordi contrattuali e tetti di spesa, nonché dei livelli di disavanzo che condizionano tale processo. L'analisi è estesa a Campania, Liguria, Lombardia, Puglia, Sicilia, Umbria, Veneto e la Provincia Autonoma di Trento.

3.2 La ricerca dell'equità e dell'efficienza nel sistema di distribuzione delle risorse finanziarie per la sanità

Il sistema di distribuzione delle risorse finanziarie per la sanità alle Regioni è caratterizzato da un meccanismo basato sulla individuazione dei bisogni della popolazione, stimato in funzione della numerosità della popolazione assistita, della struttura demografica (in particolare per età) e della mobilità sanitaria regionale[5]; contemporaneamente, la normativa riconosce una quasi completa autonomia regionale nella definizione delle modalità di ulteriore attribuzione delle risorse alle aziende sanitarie ed ospedaliere pubbliche e private, limitandosi a definire alcuni criteri generali. Mentre la distribuzione delle risorse dal centro alle Regioni è finalizzata a garantire equità al sistema, i criteri di distribuzione a livello infra-regionale suggeriti dalla normativa sembrano principalmente orientati verso la ricerca dell'efficienza.

Il D.Lgs. 502/1992 prescrive nella prima fase di distribuzione a livello centrale (a quota capitaria) la definizione di un sistema di coefficienti parametrici atti a garantire livelli uniformi di prestazioni sanitarie in tutto il territorio nazionale, mentre a livello regionale introduce ad esempio il criterio del pagamento a prestazione resa ("a DRG") per le aziende ospedaliere, al fine evidentemente di evitare comportamenti inefficienti, quali una impropria ed eccessiva degenza.

Successivamente il D.Lgs. 229/1999 ha introdotto ulteriori misure per garantire una maggiore appropriatezza delle prestazioni erogate e con essa la sostenibilità finanziaria del sistema (accordi contrattuali, tetti di spesa), ribadendo il legame fra gli stanziamenti al bisogno di assistenza, mediante il meccanismo della quota capitaria pesata[6]. In tale meccanismo trova esplicito riconoscimento anche la consistenza dell'offerta e lo stato di conservazione degli immobili.

[5] *Legge 23 dicembre 1996, n. 662.*

[6] *In base all'art. 12 comma 3 del D.Lgs. 229/1999, la quota capitaria di finanziamento da assegnare alle Regioni è determinata con riferimento ai seguenti elementi: popolazione residente, mobilità sanitaria per tipologia di prestazioni, consistenza e stato di conservazione delle strutture immobiliari.*

achieving objectives of rationalisation.

When regional levels of centralisation/decentralisation are compared through the use of a number of indicators, it is found that the reduced level of financial independence granted to local health-care enterprises is definitely indicative of a regional (neo)centralism[3], seeing that it is accompanied by de facto limitations or abolitions of the bargaining power of these enterprises; the percentage of regional health-care funds allocated to the local enterprises makes it possible to quantify the trend. To complete the overall picture, measurement should be made of the portion of financial resources for health care that remain under the direct control of the region (the portion earmarked for discretionary or obligatory spending), and which often provide financial "oxygen" needed for a realignment of resources to meet the expenses traditionally generated on the local level. These sums (which take the form of reserves) can essentially be utilised during the fiscal year for need of a general nature.

The regions have attempted to "balance their accounts", taking renewed possession of a portion of the power connected to the financial lever while establishing a de facto form of programming, through restrictions on end uses and spending ceilings, that must necessarily take into account the structure of the supply and the historic levels of cost on the local level.

The independence of the regions, together with the varying levels of regional awareness regarding the possibility of having the health-care enterprises bear greater responsibility for achievement of the objectives of rationalisation, has led to the identification of three models of finan-

[3] *The regional (neo)centralism can be considered a sign of the perception by the regional governments that the current competitive instruments are inadequate for pursuing a rationalisation of the system.*

Prescindendo da considerazioni relative all'efficacia del meccanismo sul piano della equità[7], per quanto riguarda l'obiettivo dell'aumento dell'efficienza del settore sanitario, secondo alcuni i meccanismi adottati non sembrano essere stati coerenti con la motivazione di fondo degli interventi, avendo di fatto favorito le Regioni più sviluppate, e quindi consolidato lo squilibrio esistente fra le aree del paese, prescindendo dalla definizione di una qualche equità allocativa[8].

Sembra quindi che si possa affermare che sia concreto il rischio che alcune scelte di politica sanitaria, quali l'adozione dei sistemi di remunerazione degli erogatori a prestazioni rese, pur avendo portato in altri contesti evidenti benefici, e in particolare lo sviluppo di meccanismi "concorrenziali" effettivamente orientati al miglioramento delle performance del servizio pubblico, trovi una deludente applicazione nello specifico del SSN italiano.

Due ipotesi sembrano poter spiegare tale parziale "fallimento":

- l'esistenza di un sistema pubblico, caratterizzato dalla mancanza sia di una netta separazione tra soggetto finanziatore ed erogatore, sia di un sistema sanzionatorio di "uscita" dal mercato dell'operatore inefficiente. In questo caso gli obiettivi di efficacia ed efficienza diventano infatti secondari rispetto all'esigenza di equilibrio finanziario (pareggio di bilancio);
- il finanziamento a tariffa potrebbe determinare un aumento indesiderato del volume di prestazioni offerte (inappropriate), richiedendo misure correttive, quali tetti di spesa per ricoveri e prestazioni ambulatoriali, che inibiscono però in larga misura lo sviluppo di una competizione fra erogatori. Secondo Petretto (2001) la predisposizione di meccanismi di controllo sulle prestazioni delle singole Regioni diventa il passaggio cruciale per addivenire ad un sistema di finanziamento della sanità indistintamente inserito nella finanza regionale, con controlli che ammettono una differenziazione delle prestazioni secondo un effettivo adeguamento dell'offerta, da parte delle Regioni, alla domanda e ai bisogni sanitari.

[7] *Tali aspetti sono stati trattati in altra sede: si veda Rafaniello A., Spandonaro F., (2003); Atella V., Mennini F.S., Spandonaro F., (2004).*

[8] *Jommi C. (2004).*

cing: the first model leaves the responsibility for carrying out the provisions of the LEA's with the health-care enterprises (primarily local), if necessary with a follow-up control; the second model determines the resources for the level in advance, leaving the enterprises with responsibility for determining the portions, within this amount. To be allocated to the different types of care; finally, the third approach restricts the resources to specific uses, especially in the field of metal health an preventive medicine.

The shared feature of the models, would appear to be the restrictions on end use and spending, which result in a situation of (neo)centralism. It would not appear possible to identify an optimal reference model, while it does strikes is as safe to say that, based on a joint analysis of the policies implemented, the before, as well as the results in terms of the financial efficiency of each region, or the after, the regions are limited in their institutional choices by the need to obtain short-term financial savings.

As things currently stand, therefore, it would not appear possible to govern the health system with market mechanisms, unless steps are first taken to carry out a complete revision of the internal causes of inefficiency.

The positive indications that can be formulated regard, first and foremost, the need to evaluate whether it is useful, or even necessary, to consider undertaking a series of investments meant to bring the regions furthest behind up to the threshold of (im)balance at which the mechanisms of competitive rationalisation prove truly competitive and, in the second place, how to ensure that the mechanism for distributing resources includes the space not only for measuring needs but also for providing incentives for forms of behaviour geared towards achieving the heightened efficiency and appropriateness that can be used as the underpinnings for re-establishing the balance of the supplementary resources available.

Tabella 1 - Criteri di riparto del Fondo Sanitario Regionale

Regioni	Assistenza ospedaliera	Assistenza territoriale	Ass. Sanitaria collettiva in ambienti vita e lavoro
Campania	Quota riequilibrio e perequazione + criterio tariffario	Quota capitaria + quota capitaria pesata per anzianità popolazione	Quota capitaria pesata per popolazione residente
Emilia Romagna	Quota capitaria pesata per caratteristiche socio-demografiche	Quota capitaria pesata per caratteristiche socio-demografiche	Quota capitaria pesata per caratteristiche socio-demografiche
Liguria	Quota capitaria pesata in base ai criteri riparto fsn 2001/2002	Quota capitaria pesata in base ai criteri riparto fsn 2001/2002	Quota capitaria pesata con criteri riparto fsn 2001/2002 + correttivo
Puglia	Quota capitaria pesata su popolazione + correzioni	Quota capitaria pesata	Quota capitaria semplice
Sicilia	Quota capitaria pesata	Quota capitaria pesata	Quota capitaria pesata
Umbria	Quota per funzioni + finanziamento per volumi attività	Quota capitaria pesata + quota per funzioni	
Veneto	Quota capitaria + quota per funzioni	Meccanismo di regressione tariffaria	
P.A. Trento	Regressione tariffaria per i pazienti in provincia		

Fonte: nostra elaborazione su Deliberazioni Giunta Regionale.

Quanto sopra argomentato giustifica l'opportunità di analizzare le politiche di distribuzione delle risorse regionali per la sanità, nell'ottica di spiegarne la *ratio* e i potenziali effetti per l'efficienza del sistema.

3.3 Le politiche di allocazione delle risorse finanziarie a livello regionale

L'autonomia attribuita alle Aziende Sanitarie ha determinato un'assunzione di responsabilità sui risultati raggiunti anche in termini economico-finanziari. Tale responsabilità viene diversamente affrontata nelle Regioni italiane, in particolare in relazione all'attribuzione delle risorse disponibili alle Aziende Sanitarie. Ciò determina, in pratica, un diverso grado di accentramento/decentramento della gestione finanziaria della Regione che, in fase di

copertura dei disavanzi, si tradurrà in un maggiore o minore trasferimento di responsabilità dalla Regione alle Aziende Sanitarie.
Sembra pertanto interessante misurare il grado di accentramento/decentramento della gestione finanziaria della Regione, partendo dall'analisi dei criteri di distribuzione delle risorse ai livelli essenziali di assistenza.
Lo studio dei sistemi di finanziamento delle Aziende Sanitarie, è stato condotto mediante l'analisi delle deliberazioni regionali[9] in materia di riparto del Fondo Sanitario alle Aziende Sanitarie, per Campania, Emilia Romagna, Liguria, Puglia, Sicilia, Umbria, Veneto, oltre alla Provincia Autonoma (Trento), per l'anno 2003.

3.3.1. Le politiche di allocazione sui LEA

Possiamo immediatamente osservare che tutte le Regioni analizzate hanno adottato un sistema di assegnazione delle risorse alle aziende territoriali prevalentemente basato sulla quota capitaria pesata, differenziato per livelli di assistenza. In sostanza, ciascuna Regione segue i criteri previsti dal sistema di riparto nazionale, ma spesso si riscontrano differenze per quanto riguarda le quote assegnate dalla Regione ai vari livelli di assistenza. Le risorse assegnate all'assistenza ospedaliera, ad esempio, variano dal 40,8% assegnato dalla Puglia al 49,1% della Liguria; ancora più variabili sono le risorse assegnate all'assistenza distrettuale, che vanno dal 35,4% della Campania ad oltre il 52,0% della Sicilia[10].
La differenziazione nelle quote assegnate da ciascuna Regione ai livelli di assistenza è la naturale conseguenza dell'attuazione del sistema federalista ed avrebbe come obiettivo l'aumento dell'efficienza interna, mediante un'allocazione più aderente alle specificità regionali delle risorse disponibili; ciò a condizione che la definizione del piano di finanziamento risponda ad una programmazione delle risorse esistenti.
In altri termini, è lecito accettare che le peculiarità regionali, ad esempio derivanti dalla diversa struttura per età della popolazione, si riverberino in una diversa quota di assorbimento delle risorse per livello di assistenza, ma sussiste il rischio che le quote vengano invece determinate ex post sulla base della spesa storica e quindi delle scelte (o "non scelte") fatte nel tempo in termini di programmazione sanitaria e in particolare riqualificazione dell'offerta.
Ad esempio, nel caso dell'assistenza ospedaliera, un finanziamento legato ai posti letto esistenti capace di coprire i costi delle strutture, ma che non tenga conto della effettiva domanda appropriata di assistenza (a prescindere quindi dall'esistenza di un numero di posti letto adeguato rispetto alla domanda) prelude al mantenimento di una situazione di inefficienza, piuttosto che configurare un incentivo verso la razionalizzazione del sistema di offerta.
L'analisi delle determinazioni regionali in tale ambito sembra far emergere che un maggior numero di posti letto sia effettivamente associato ad un finanziamento maggiore del-

[9] *Deliberazioni di Giunta Regionale per il riparto del Fondo Sanitario Regionale ad Aziende Sanitarie ed Ospedaliere per l'anno 2003.*

[10] *Cfr. Figure da 1 a 8.*

Tabella 2 - Finanziamento dei livelli essenziali di assistenza

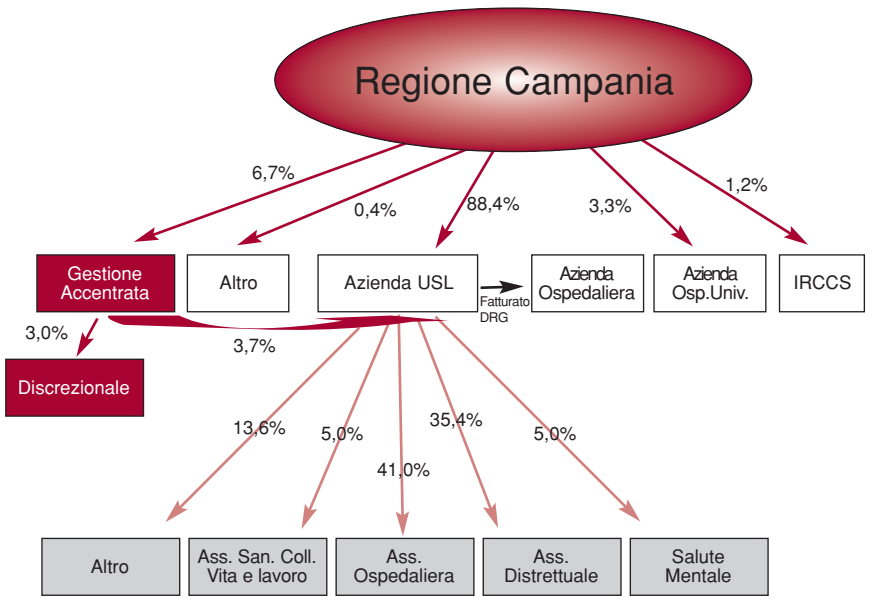
Regioni	Assistenza ospedaliera	Assistenza territoriale	Ass. Sanitaria collettiva in ambienti vita e lavoro	Altro
Campania	41,0%	35,4%	5,0%	18,6%
Emilia Romagna	45,5%	50,0%	4,5%	0,0%
Liguria	49,1%	50,9%	0,0%	0,0%
Puglia	48,8%	47,4%	0,0%	3,8%
Sicilia	47,0%	52,3%	0,7%	0,0%
Umbria	45,0%	50,0%	0,0%	5,0%
Veneto	47,9%	47,0%	5,1%	0,0%
P.A. Trento	45,4%	30,2%	0,0%	24,4%

Fonte: nostra elaborazione su Deliberazioni Giunta Regionale.

l'assistenza ospedaliera. La Regione Campania che destina il più basso livello di risorse a tale livello (41,0%) è anche la Regione con il minor numero di posti letto per 1.000 abitanti: 3,5[11]. Viceversa, la Regione Liguria presenta, tra le Regioni osservate, la maggiore quota per l'assistenza ospedaliera (49,1%) e contemporaneamente il maggior numero di posti letto (5,2 posti letto per 1.000 abitanti).
Esiste quindi effettivamente il dubbio che la leva finanziaria non sia a questo livello utilizzata per incentivare l'efficienza del sistema, bensì che sia prioritariamente destinata a garantire la copertura dei costi a livello aziendale, diminuendo di molto la responsabilità delle aziende sanitarie verso la razionalizzazione del sistema.
Sempre sul tema della responsabilizzazione delle aziende, sembra emblematico il caso del finanziamento del livello di *Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro*. Possiamo infatti osservare che in alcune Regioni (Liguria, Puglia, Umbria e nella P.A. di Trento in particolare) non è prevista l'assegnazione di quote specifiche per tale livello, mentre in Campania ai livelli essenziali tradizionalmente identificati, si aggiungono finanziamenti specifici per la "salute mentale" ed "altre funzioni". Puglia ed Umbria, in particolare, destinano una quota delle risorse disponibili a fini di prevenzione.
Quindi coesistono almeno tre modelli: un primo modello che lascia la responsabilità di realizzare quanto previsto nei LEA alle Aziende (prevalentemente territoriali), con un eventuale controllo ex post; un secondo modello che vincola a priori le risorse per il livello, lasciando alle aziende la responsabilità di declinare all'interno di esso le quote da desti-

[11] *I dati relativi ai posti letto sono relativi all'anno 2000. www.istat.it*

Figura 1 - La distribuzione delle risorse finanziarie in Campania



Fonte: nostra elaborazione su dati estratti dalla Deliberazione Giunta Regionale n. 3921 del 5 agosto 2002 e dalla Deliberazione Giunta Regionale n. 3950 del 30 agosto 2002.

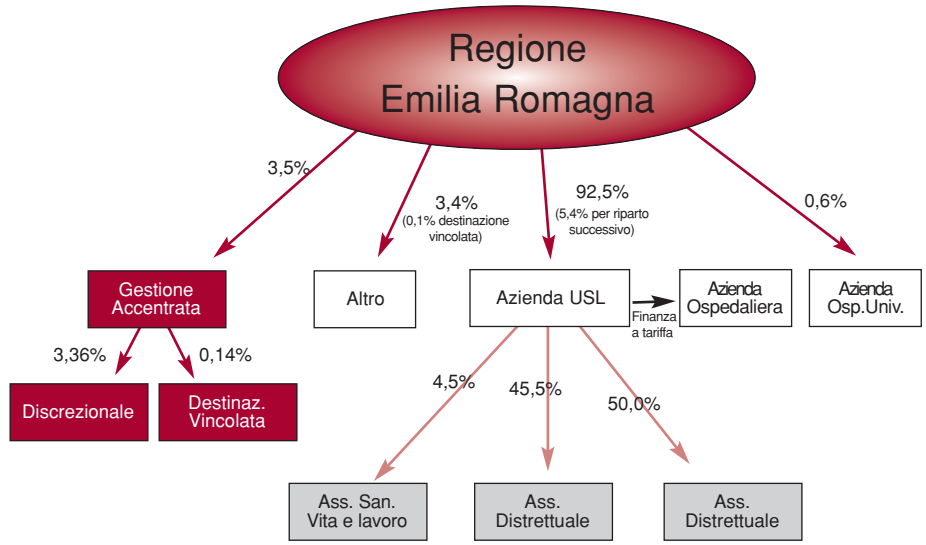
nare alle varie tipologie assistenziali; infine un terzo approccio che vincola le risorse a specifici utilizzi, in particolare nel campo della salute mentale e della prevenzione.
Il coesistere di approcci profondamente diversi può essere considerato come rappresentativo dell'elevata autonomia della Regione, ma anche delle diverse sensibilità a livello regionale rispetto alla possibilità di responsabilizzare le Aziende verso il raggiungimento di obiettivi di razionalizzazione. Ci sembra di poter affermare che un crescente (neo) centralismo regionale[12], sia il segnale della percezione a livello regionale della inadeguatezza degli attuali strumenti competitivi al fine di perseguire una razionalizzazione del sistema.

3.3.2 Le modalità di assegnazione delle risorse per la sanità a livello regionale

Mediante l'analisi delle deliberazioni di giunta regionale è stato possibile rappresentare sinteticamente le modalità adottate dalle singole Regioni per l'assegnazione delle risorse finanziarie ad Aziende Sanitarie ed Ospedaliere. Tale rappresentazione permette di avere un'informazione immediata circa il grado di accentramento/decentramento finanziario regionale e dei meccanismi messi in atto per garantire la sostenibilità finanziaria del sistema.
Di seguito riportiamo per ogni Regione (in ordine alfabetico) una schematizzazione delle scelte regionali, al fine di permettere una confrontabilità tra di esse, tema che verrà ulte-

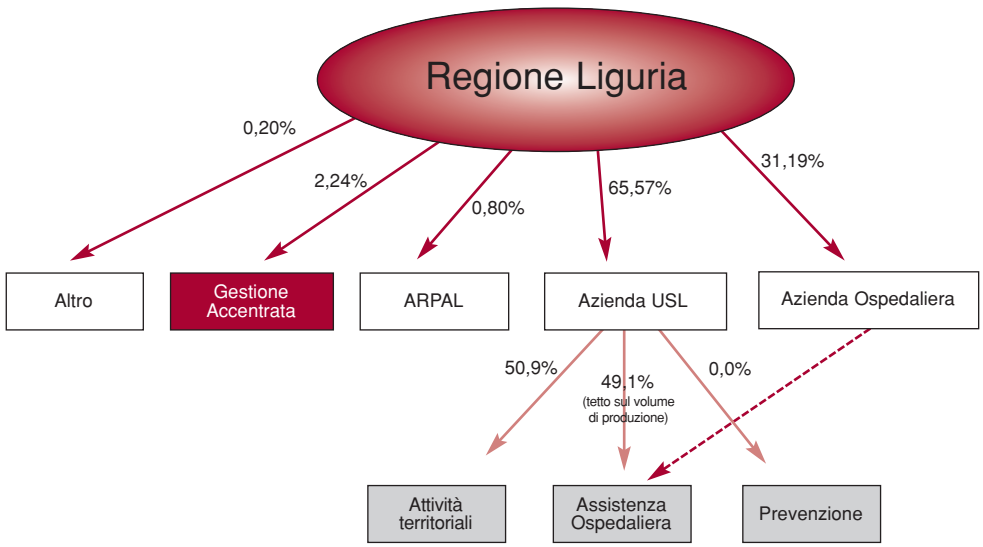
[12] *Cuccurullo C., Meneguzzo M. (2003).*

Figura 2 - La distribuzione delle risorse finanziarie in Emilia Romagna



Fonte: nostra elaborazione su dati estratti dalla Deliberazione Giunta Regionale n. 896 del 20 maggio 2003 e dalla Legge Regionale n. 28 del 22 dicembre 2003.

Figura 3 - La distribuzione delle risorse finanziarie in Liguria

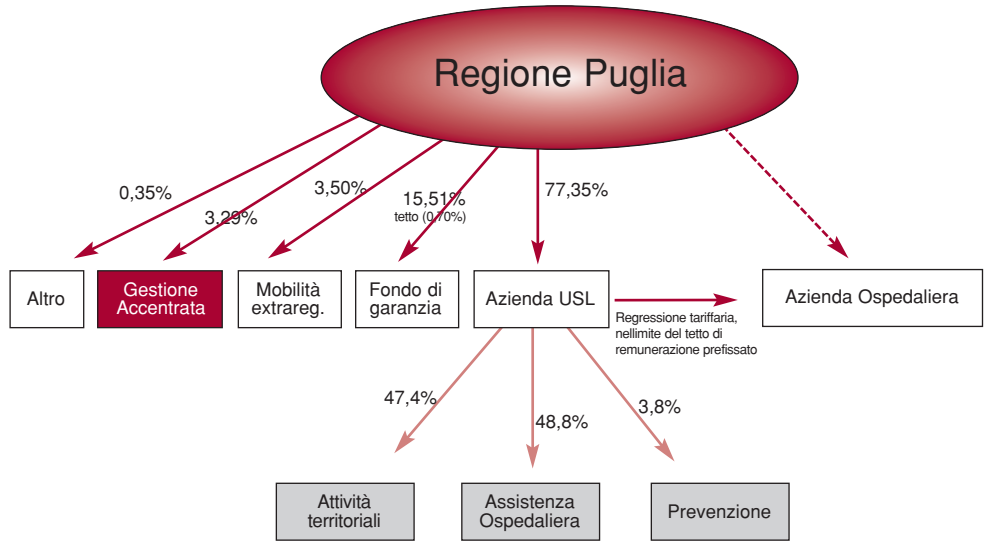


Fonte: nostra elaborazione su dati estratti dalla Deliberazione Giunta Regionale n. 319 del 16 marzo 2001 e dalla Deliberazione Giunta Regionale n. 838 del 18 luglio 2003.

riormente approfondito nel paragrafo successivo.

L'aspetto più evidente è che il 6,7% delle risorse destinate alla sanità dalla Regione Campania sono gestite a livello accentrato, con il vincolo di trasferire il 3,7% alle Aziende

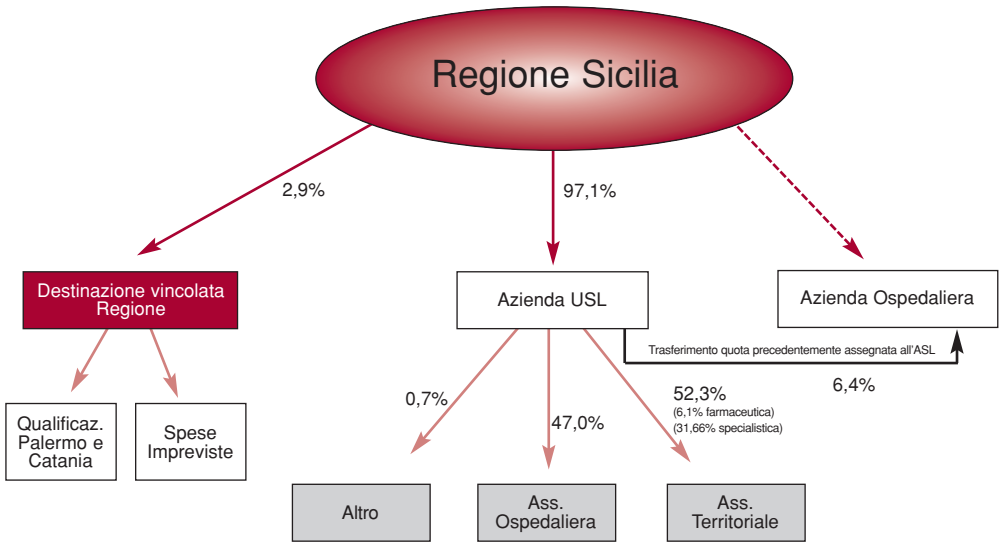
Figura 4 - La distribuzione delle risorse finanziarie in Puglia



Fonte: nostra elaborazione su dati estratti dalla Deliberazione Giunta Regionale n. 1326 del 4 settembre 2003.

Sanitarie territoriali. Queste ultime ricevono direttamente dalla Regione l'88,4% delle risorse del Fondo Sanitario Regionale e provvedono a finanziare le Aziende Ospedaliere in base al fatturato DRG per ricoveri acuti ordinari, per ricoveri in day-hospital e per non acuti.
Il finanziamento alle Aziende Sanitarie territoriali ed Ospedaliere viene poi integrato attraverso una manovra di riequilibrio e perequazione.
La Campania, inoltre, finanzia direttamente le Aziende Ospedaliere Universitarie e gli Istituti di Ricerca a Carattere Scientifico (IRCCS), destinando loro risorse pari al 4,5% del FSR.
In Emilia Romagna, di contro, le Aziende Sanitarie territoriali sono le uniche titolari delle risorse finanziarie della Regione; esse ricevono il 92,5% delle risorse del Fondo Sanitario Regionale sulla base dei parametri di ponderazione della popolazione e dei consumi sanitari per tipologia di prestazione/servizio, classe di età e sesso. Le Aziende Sanitarie sono inoltre sottoposte ad un vincolo di destinazione pari al 5,4% delle risorse loro assegnate, per esigenze successive.
Le Aziende Ospedaliere, invece, sono finanziate con addebito alle Aziende Sanitarie territorialmente competenti in base alla residenza dell'assistito, in relazione alle prestazioni effettuate sulla base del tariffario regionale. La Regione provvede a finanziare direttamente le Aziende Ospedaliere soltanto per quanto attiene l'assegnazione alle stesse di quote a titolo di integrazione tariffaria per maggiori oneri sostenuti, per esempio per l'applicazione di specifici istituti contrattuali o per funzioni svolte.
Solo il 3,5% delle risorse finanziarie complessive viene mantenuto a livello accentrato, prevedendo una piccola quota (0,14%) a destinazione vincolata, mentre il 3,4% delle risorse complessive viene destinato ad altre finalità, come per esempio l'Agenzia Regionale Prevenzione e Ambiente (ARPA).

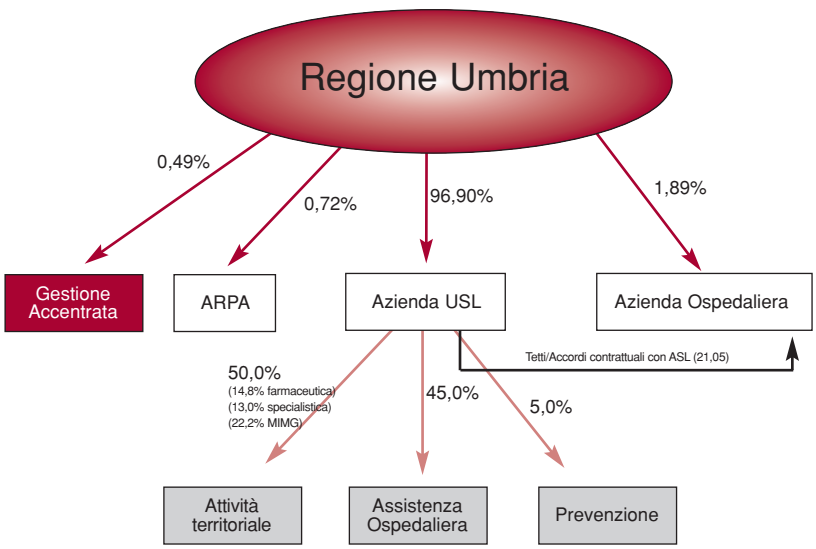
Figura 5 - La distribuzione delle risorse finanziarie in Sicilia



Fonte: nostra elaborazione su dati estratti dal Decreto Assessorato Sanità n. 4216 del 29 maggio 2003 e dal Decreto Assessorato Sanità n. 8916 del 29 dicembre 2003.

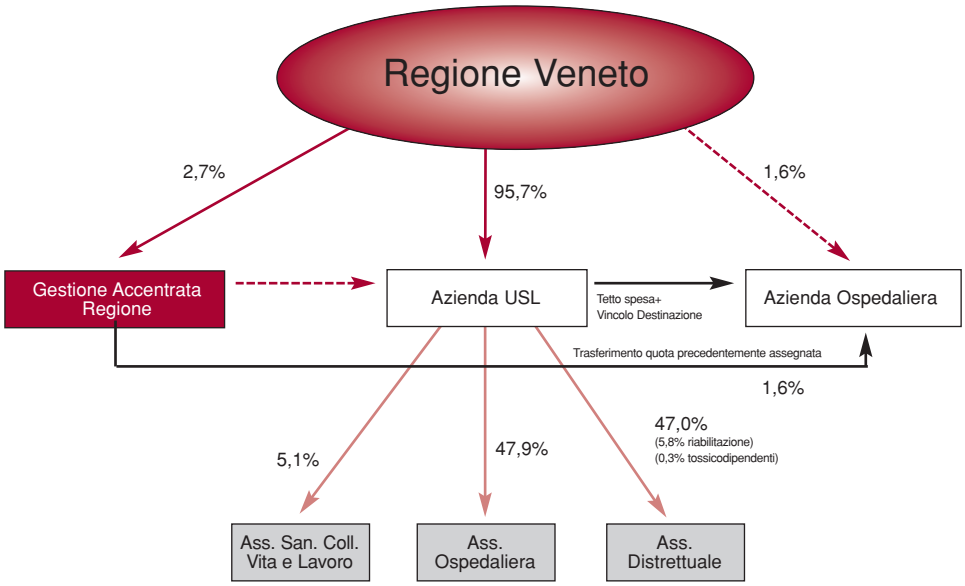
La Regione Liguria assegna le risorse direttamente sia alle Aziende Sanitarie territoriali che a quelle Ospedaliere, in misura rispettivamente pari al 65,6% e al 31,2% del FSR. Ciò sembra evidenziare un forte accentramento di responsabilità a livello regionale, eliminan-

Figura 6 - La distribuzione delle risorse finanziarie in Umbria



Fonte: nostra elaborazione su dati estratti dalla Deliberazione Giunta Regionale n. 336 del 19 marzo 2003.

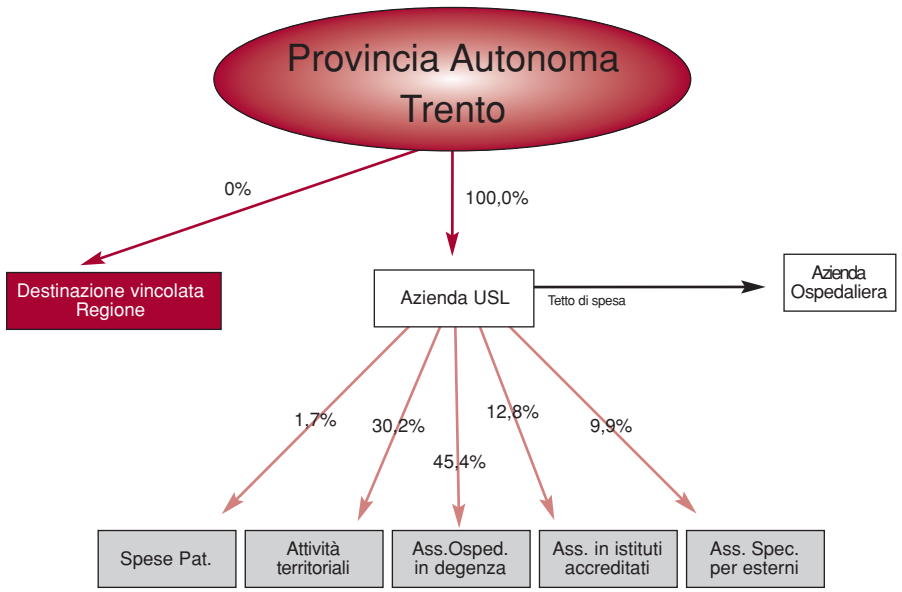
Figura 7 - La distribuzione delle risorse finanziarie in Veneto



Fonte: nostra elaborazione su dati estratti dalla Deliberazione Giunta Regionale n. 4081 del 22 dicembre 2000, Deliberazione Giunta Regionale n. 616 del 22 marzo 2002, Deliberazione Giunta Regionale n. 2218 del 9 agosto 2002, Deliberazione Giunta Regionale n. 2407 del 20 gennaio 2003.

do le ragioni di negoziazione bilaterale fra Aziende Sanitarie territoriali ed Ospedaliere. Le Aziende Sanitarie territoriali devono, inoltre, stabilire tetti di riferimento per l'assistenza ospedaliera da prestare ai cittadini liguri.
Infine, il 2,2% del FSR rimane accentrato a livello regionale, per finalità specifiche, quali maggiori costi o obiettivi strategici.
La Regione Puglia, a fronte del 77,4% di risorse finanziarie destinate alle Aziende Sanitarie, accantona un ingente ammontare di risorse per finalità regionali. Tra le finalità "centralizzate" è possibile evidenziare il 15,5% del FSR accantonato al fondo di garanzia, che viene successivamente ripartito tra le Aziende Sanitarie in misura prefissata.
Per le prestazioni sanitarie delle Aziende Ospedaliere Universitarie e degli IRCCS pubblici, la Regione fissa un tetto invalicabile di remunerazione, mentre con specifico riferimento alle Aziende Ospedaliere, in caso di superamento del tetto di remunerazione fissato si prevede il finanziamento delle prestazioni eccedenti con il metodo della regressione tariffaria del 15,0% fino al raggiungimento del limite massimo globale di spesa fissato dalla Regione. Sono inoltre previsti accordi contrattuali con l'AIOP (Associazione Italiana Ospedalità Privata) in materia di assistenza ospedaliera.
La Regione Sicilia assegna risorse finanziarie direttamente alle Aziende Sanitarie territoriali in misura pari al 97,1% delle disponibilità complessive per la sanità, prevedendo un meccanismo di finanziamento alle Aziende Ospedaliere basato sul sistema tariffario, ma anche una indicazione regionale a priori delle risorse da trasferire. La Regione assume quindi una funzione di stanza di compensazione, limitando nei fatti l'importanza della

Figura 8 - Il sistema di finanziamento per la sanità nella Provincia Autonoma di Trento



Fonte: nostra elaborazione su dati estratti dalla Deliberazione Giunta Provinciale n. 2760 del 8 novembre 2002.

negoziazione bilaterale fra Aziende territoriali e Ospedaliere.
Le Aziende Sanitarie territoriali, inoltre, trasferiscono il 6,4% delle risorse disponibili a favore delle Aziende Ospedaliere.
Solo lo 0,9% del Fondo Sanitario Regionale è gestito direttamente dalla Regione per far fronte a spese impreviste.
La Regione Umbria presenta un modello con prevalenza di risorse finanziarie destinate alle Aziende Sanitarie territoriali (96,9%) ed una limitata disponibilità (0,5%) gestita a livello accentrato dalla Regione.
Le Aziende Sanitarie stipulano accordi contrattuali con le Aziende Ospedaliere per definire i volumi di attività ed i relativi corrispettivi sulla base delle tariffe vigenti e secondo le regole volte a garantire l'equilibrio del sistema e la qualità/appropriatezza dell'assistenza.
Alle strutture erogatrici saranno pertanto applicate le tariffe piene fino al raggiungimento dei volumi contrattati per le prestazioni di media-bassa specialità.
Superato il limite prefissato, le tariffe verranno abbattute dell'85,0% fino ad un incremento massimo del 10,0% di attività. Superata anche questa seconda soglia non sarà previsto alcun corrispettivo.
La Regione Veneto assegna alle Aziende Sanitarie il 95,7% delle risorse del FSR, definendo a priori vincoli di spesa per singolo livello di assistenza e per ciascuna Azienda; nel contempo, in materia di assistenza ospedaliera attribuisce risorse (1,6% del FSR) alle due A.O. della Regione sulla base di precisi vincoli di destinazione.
Tra Aziende Sanitarie ed Aziende Ospedaliere/Aziende private accreditate sono stipulati

Tabella 3 - Accentramento/decentramento della responsabilità finanziaria regionale

Regioni	Quota FSR ripartita alle Az. Sanitarie Territoriali	Quota regionale di risorse a destinazione vincolata
Campania	88,4%	6,7%
Emilia Romagna	92,5%	3,5%
Liguria	65,6%	2,2%
Puglia	92,9%	6,8%
Sicilia	97,1%	2,9%
Umbria	96,9%	0,5%
Veneto	95,7%	2,7%
P.A. Trento	100,0%	0,0%

Fonte: nostra elaborazione su Deliberazioni Giunta Regionale.

accordi contrattuali sui volumi di prestazioni.
La Provincia Autonoma di Trento destina tutte le risorse all'Azienda Sanitaria territoriale, che provvede a fissare tetti di spesa per l'Azienda Ospedaliera di Trento, sulla base della spesa storica. Per l'assistenza ospedaliera, in caso di superamento del tetto di spesa negoziato, sono previsti meccanismi di copertura basati su criteri di regressione tariffaria:

- superato il tetto di spesa del 10,0% le prestazioni sono remunerate con tariffe ridotte al 40,0% rispetto a quelle di competenza;
- se il superamento del tetto di spesa va dal 10 al 20,0%, le prestazioni sono remunerate con tariffe ridotte al 20,0% rispetto a quelle di competenza;
- le prestazioni che superano il tetto di spesa oltre il 20,0% non hanno titolo ad alcun finanziamento da parte del Servizio Sanitario Provinciale.

La Provincia Autonoma di Trento, inoltre, non prevede l'accantonamento di risorse per finalità di carattere generale.

3.3.3 La responsabilità finanziaria a livello regionale: il (ri)accentramento finanziario

A fronte delle scelte regionali descritte nel paragrafo precedente, sembra opportuno confrontare il livello di accentramento/decentramento regionale, attraverso il ricorso ad alcuni indicatori. Un minore grado di autonomia finanziaria lasciata alle Aziende territoriali è certamente un indicatore di (neo) centralismo regionale, in quanto si accompagna a limitazioni o abolizioni di fatto del potere negoziale delle stesse; la percentuale di FSR destinato alle Aziende territoriali permette quindi di quantificare il fenomeno. Per completare il quadro è però necessario aggiungere l'osservazione della quota delle risorse finanziarie per la sanità che rimangono a gestione diretta della Regione (quota a destinazione discrezionale o vincolata), che spesso rappresentano il "polmone" finanziario per garantire un alli-

neamento delle risorse alle spese storicamente determinatesi a livello locale. Tali somme (che hanno la natura di un accantonamento) possono in pratica essere utilizzate nel corso dell'esercizio finanziario per esigenze di carattere generale (maggiori costi, obiettivi strategici o spese impreviste).
Si noti che nelle Regioni osservate, solo la Provincia Autonoma di Trento destina tutte le risorse alle Aziende Sanitarie territoriali, che negozia con l'Azienda Ospedaliera in base alla spesa storica e ad un meccanismo di regressione tariffaria.
La Regione Umbria assegna anch'essa elevate risorse finanziarie direttamente alle aziende sanitarie (96,9% del finanziamento totale per la sanità) e prevede contemporaneamente un trasferimento di risorse alle Aziende Ospedaliere regolato mediante accordi contrattuali e fissazione di tetti di spesa.
La Campania prevede invece la più alta quota di risorse non ripartite a priori secondo criteri di bisogno per finanziare i LEA, sebbene poco più della metà di esse sono vincolate ad una distribuzione (secondo criteri non indicati, ma riconducibili alla spesa storica) fra le Aziende Sanitarie.
Anche la Puglia ha un'alta quota di risorse non ripartite, fra quote accentrate e fondo di garanzia. Conseguentemente le risorse direttamente assegnate alle Aziende Sanitarie territoriali si fermano al 77,5% del FSR. La negoziazione con le Aziende Ospedaliere prevede tariffe regressive e accordi contrattuali con le strutture accreditate.
Tutte le altre Regioni osservate "trattengono" un ammontare di risorse, variabile a seconda delle specificità regionali, che oscilla tra il 2,2% e il 3,5%[13] circa, ma con profonde differenze nei meccanismi negoziali adottati.
La Regione Emilia Romagna ha un fondo del 3,5%, ma contemporaneamente distribuisce il 92,5% delle risorse alle Aziende territoriali, che negoziano sulla base di un sistema tariffario regressivo con le Aziende Ospedaliere.
La Regione Sicilia ha una quota accentrata di poco inferiore (3,0%) ma si assume un ruolo di stanza di compensazione che in un certo modo leva di significato al meccanismo negoziale fra Aziende territoriali acquirenti e Aziende Ospedaliere erogatrici.
La Liguria giunge a destinare direttamente le risorse alla Aziende Ospedaliere, lasciando alle Aziende territoriali solo il 65,7% delle risorse.
La Regione Veneto rappresenta un caso in qualche modo peculiare: sebbene gestisca direttamente solo il 2,7% delle risorse del FSR mantiene formalmente il controllo di tutte le risorse finanziarie poiché fissa vincoli di destinazione per Aziende Sanitarie ed Ospedaliere. Possiamo affermare che si trasferisce nell'attuale sistema di distribuzione delle risorse la forte tradizione di programmazione sanitaria che ha storicamente caratterizzato il Veneto.
In definitiva ci sembra di poter affermare che i modelli di distribuzione delle risorse siano solo parzialmente sovrapponibili, anche se emerge un generale, anche se in misura diversa, distacco dal

[13] *La quota a destinazione vincolata della Regione Campania viene, per il 54,7% trasferita alle Aziende Sanitarie, quindi di fatto la quota disponibile dalla Regione per finalità di carattere generale è pari a circa il 3,0%.*

Tabella 4 - Vincoli all'autonomia finanziaria delle Aziende Sanitarie

Regioni	Tetti di spesa	Sistema tariffario
Campania	Tetto di spesa farmaceutica	Fatturato DRG per ricoveri
Emilia Romagna	Tetto di spesa farmaceutica	Sistema di regressione tariffaria + integrazione tariffaria per maggiori oneri per l'assistenza ospedaliera
Liguria	Tetti di spesa per ciascuna Azienda Sanitaria. Per l'assistenza ospedaliera viene fissato un tetto invalicabile di produzione Tetto di spesa farmaceutica	Sistema tariffario vigente.
Puglia	Tetto di spesa, comprendente le prestazioni da erogare in regime di regressione tariffaria Tetto di spesa farmaceutica	Sistema di regressione tariffaria
Sicilia Umbria	Tetti differenziati per singola struttura sull'ammontare delle prestazioni erogabili Tetto di spesa farmaceutica	Sistema tariffario vigente per le prestazioni di ricovero. Le prestazioni ambulatoriali sono valorizzate con una quota attribuita all'A.O. erogante e portate in negativo all'ASL di residenza
	Tetti unici sul volume di attività e in base alla mobilità intra-regionale Tetto di spesa farmaceutica	Sistema di regressione tariffaria, ad eccezione delle prestazioni di alta specialità
Veneto	Tetto finanziario regionale per l'assistenza ospedaliera. Tetto di spesa farmaceutica	Tariffe uniche per tutte le strutture, con finanziamento ad hoc per maggiore complessità
P.A. Trento	Tetto di spesa fissato in base alla spesa storica Tetto di spesa farmaceutica	Sistema di regressione per i pazienti in provincia, non per le prestazioni rese ai pazienti fuori Provincia

Fonte: nostra elaborazione su Deliberazioni Giunta Regionale.

modello di riparto (schematizzando: prima fase sulla base dell'equità, seconda fase funzionale all'incentivazione di comportamenti efficienti), disegnato dalle norme di riferimento. Le ragioni di questo distacco possono essere ricondotte all'esigenza di garantire il rispetto dei vincoli di bilancio, che sembra perseguita più con strumenti cogenti (vincoli alle destinazioni, tetti di spesa, etc.), che non lasciata alla razionalizzazione derivante dalla competizione fra erogatori. Il tema verrà approfondito nel seguito.

3.3.4 Responsabilità finanziaria e meccanismi negoziali

Come abbiamo visto nel precedente paragrafo i modelli adottati dalle Regioni per la distribuzione delle risorse sono apparentemente sovrapponibili; possiamo ancora osservare come essi implichino modelli negoziali fra Aziende acquirenti (territoriali) e Aziende erogatrici (Ospedaliere)[14] diversi e riconducibili a filosofie istituzionali diverse.
In particolare sembra utile analizzare in maggiore dettaglio come si combinino l'utilizzo di sistemi di remunerazione degli erogatori a tariffe variabili in base al volume di prestazioni (tipicamente regressive) e l'imposizione di tetti di spesa ovvero di volume.
La funzione di questi ultimi è evidentemente quella di contenere la spesa, e non a caso trovano applicazioni in vari contesti, primo fra tutti quello della spesa farmaceutica. Ogni Regione, nell'ambito della propria autonomia, ha adottato tetti per le prestazioni di ricovero ed ambulatoriali differenziati e questo indipendentemente dal sistema tariffario adottato (tabella 4).
Possiamo notare che l'adozione di tetti (tipicamente) di spesa rappresenta una opzione necessaria in quasi tutti i casi dove la Regione responsabilizza le Aziende territoriali attribuendogli direttamente la gestione delle risorse finanziarie, lasciando alla negoziazione con gli erogatori il compito di allocare (apparentemente) la spesa fra territorio ed ospedale.
Le uniche eccezioni sembrano essere l'Emilia Romagna e la Campania: la prima non pone limiti se non quelli impliciti nella regressione tariffaria, la seconda ricordiamo che gestisce una quota consistente delle risorse per esigenze di riequilibrio interno.
La Liguria rende ancor più evidente il meccanismo assegnando direttamente alle Aziende Ospedaliere le risorse, ponendo un limite invalicabile di produzione.
Il sistema tariffario perde, a nostro parere, progressivamente di importanza, e dove ancora ha un ruolo centrale (Emilia Romagna, Umbria, Provincia Autonoma di Trento) viene declinato sulla base di un meccanismo regressivo che disincentiva la sovrapproduzione di prestazioni.
Ancora una volta sembra che prevalgano le preoccupazioni di ordine finanziario sulle aspettative di razionalizzazione del sistema attraverso una concorrenza, sebbene amministrata, fra erogatori.

[14] *Adottiamo qui una schematizzazione eccessiva per motivi di semplicità espositiva: è infatti evidente che l'erogazione non è tutta in capo alle Aziende Ospedaliere e ai presidi ospedalieri delle ASL, sebbene esse generino una quota rilevante della spesa finale.*

Tabella 5 - Disavanzi regionali (in percentuale dei FSR)

Regioni	2003
Campania	6,4%
Emilia Romagna	0,7%
Liguria	2,0%
Puglia	1,5%
Sicilia	2,8%
Umbria	1,3%
Veneto	2,6%
P.A. Trento	0,0%

Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero della Salute.

3.4 Conclusioni

Per trarre delle conclusioni dalle analisi svolte è necessario calare alcune osservazioni nel contesto della situazione socio-economica e finanziaria che caratterizzano i Servizi Sanitari Regionali (SSR).

In particolare è utile osservare i livelli di disavanzo regionale per la sanità, che indubbiamente sono al centro delle preoccupazioni delle politiche sanitarie.

Ci sembra di poter notare una relazione fra livelli di disavanzo delle Regioni considerate e livelli di accentramento (sia a livello di quote di risorse che rimangono a vari livelli nella discrezione delle Regioni, sia a livello di imposizioni di vincoli di destinazione e di tetti di spesa), che riteniamo essere il *driver* delle differenze nelle scelte di distribuzione delle risorse a livello regionale.

Il centralismo finanziario che caratterizza la Campania, come descritto dagli indicatori "quota del FSR a destinazione vincolata" e "quota del FSR trasferita alle Aziende territoriali", è confermato dal dato di disavanzo, che risulta pari per l'anno 2003 al 6,4% delle risorse finanziarie della Regione.

Il valore più basso di disavanzo in percentuale del FSR si registra, invece, in Emilia Romagna (0,7%) che, come osservato, destina una quota limitata (2,6%) alla gestione vincolata regionale; tale risultato potrebbe far pensare che il minor (neo)centralismo regionale possa portare a buoni risultati in termini di efficienza.

La Regione Veneto e la Regione Sicilia, che hanno una quota accentrata di poco inferiore al 3,0%, ma che di fatto esercitano un controllo attivo di tutte le risorse finanziarie destinate ad Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, hanno un disavanzo pari rispettivamente al 2,6% e al 2,8% delle loro disponibilità finanziarie.

Sembra quindi emergere un superamento di fatto del modello di competizione fra erogatori delineato dal D.Lgs. N. 502/1992 e confermato, seppure con alcuni correttivi rilevanti dal D.Lgs. N. 229/1999.

Il meccanismo competitivo, ancorché possa premiare le Aziende più efficienti, non sem-

bra in grado nel contesto italiano di razionalizzare il sistema sul versante dei costi.
Le ragioni possono essere in primo luogo ricondotte alla mancata separazione di ruolo fra acquirenti ed erogatori, che impedisce di trasformare i "segnali" di mercato (ad esempio perdita di clienti o disavanzo strutturale) in sanzioni efficaci, come ad esempio la fuoriuscita dal mercato stesso degli erogatori meno efficienti.
Peraltro la separazione dei ruoli sembra essere una condizione necessaria ma non sufficiente per rendere efficace il meccanismo competitivo. Come l'esperienza di separazione dei presidi ospedalieri dalle Aziende territoriali della Regione Lombardia insegna, non è sufficiente una "separazione sulla carta", in quanto i costi politici (proteste locali, ma anche e principalmente la difficoltà di gestione degli esuberi di personale) connessi all'effettività della sanzione, sono comunque spesso insormontabili per le aziende pubbliche.
A riprova di ciò la risposta aziendale alla maggiore stringenza dei vincoli di finanziamento/erogazione è stata, fintanto è stato possibile, quella di aumentare la produzione con evidenti rischi di inappropriatezza, piuttosto che quella di ridurre significativamente i costi della produzione[15].
In questo contesto le Regioni hanno cercato di far "quadrare i conti" riappropriandosi di una quota di potere connesso alla leva finanziaria e imponendo una programmazione di fatto mediante vincoli di destinazione e tetti di spesa, che non può non tener conto della struttura dell'offerta e dei livelli storici di costo a livello locale.
Rimangono peraltro alcune perplessità; in base ad una logica di "governo e controllo" del sistema sanitario, il disavanzo dovrebbe essere inteso come indicatore di inefficienza delle Aziende Sanitarie territoriali ed Ospedaliere, piuttosto che la conseguenza di quella che per semplicità può essere definita "cattiva programmazione" ex ante, come previsto nell'accezione originaria[16]. Nello stesso tempo si potrebbe (e dovrebbe) valutare se il disavanzo è una conseguenza di azioni di investimento tese ad una razionalizzazione a medio lungo termine del sistema oppure se un elemento strutturale derivante da inefficienza.
Analogamente gli scostamenti a livello regionale dalle indicazioni nazionali di riparto sui LEA, possono essere letti tanto in una logica di maggiore efficienza allocativa derivante da adattamenti ai contesti socio-demografici locali, quanto in quella di adattamento (magari parziale) alla spesa storica che impone ripiani e riequilibri.
Ci sembra in definitiva che il tratto comune sia, anche nei modelli di finanziamento più decentrati con risorse destinate direttamente alle Aziende Sanitarie territoriali, l'imposizione di vincoli di destinazione e di spesa che riportano ad una situazione di (neo)centralismo.
Esso però si realizza in misure diverse nelle Regioni; non è evidentemente possibile individuare un modello ottimale di riferimento, mentre ci sembra di poter affermare che, sulla base dell'analisi congiunta delle politiche messe in atto *ex-ante*, e dei risultati (*ex-post*) in

[15] *Evidentemente è possibile argomentare che la ragione risieda in una sottostima del fabbisogno sanitario, ma la discussione di questa argomentazione travalica gli scopi del presente contributo.*

[16] *Del Vecchio M., in Jommi C., (2004).*

termini di efficienza finanziaria di ciascuna Regione, emerga come le Regioni siano condizionate nelle loro scelte istituzionali dall'esigenza di ottenere a breve termine risparmi sul versante finanziario. Solo le Regioni a bassi livelli storici di disavanzo sembrano potersi permettere di lasciare al mercato l'onere della razionalizzazione.
Non sembra, pertanto, attualmente possibile governare il Sistema Sanitario Regionale con meccanismi di mercato se non si provvede prima ad una revisione complessiva delle cause interne di inefficienza.
I meccanismi di mercato possono avere un ruolo importante nel medio-lungo periodo, e condizione necessaria affinché possano esplicare la loro funzione è quella di un'effettiva separazione dei ruoli e dell'assetto proprietario fra acquirenti ed erogatori.
Al di là delle analisi descrittive sui diversi modelli di governo regionale e del tentativo qui effettuato di quantificare i livelli di effettivo decentramento delle responsabilità a livello regionale, come anche di misurare il grado di dipartita dal modello competitivo delineato dalle norme di riferimento nazionali, emerge una razionalità di fondo delle politiche regionali, adottate sulla base dei ritardi di programmazione e riqualificazione dell'offerta accumulatisi negli anni.
Le indicazioni in positivo che si possono formulare riguardano in primo luogo la necessità di valutare se non sia utile o addirittura necessario pensare ad uno sforzo di investimenti tesi a riavvicinare le Regioni in maggiore ritardo a quella soglia di (dis)equilibrio, all'interno della quale risultano effettivamente efficaci i meccanismi di razionalizzazione competitiva, in secondo luogo come garantire nel meccanismo di riparto delle risorse lo spazio, oltre che per la misura del bisogno, per l'incentivazione di comportamenti tesi ad una maggiore efficienza ed appropriatezza a cui vincolare le disponibilità di risorse aggiuntive per il riequilibrio.

Bibliografia/References

Arachi G., Zanardi A., (1999), *Sanità alle Regioni, il rischio di due velocità. Restano insufficienti i meccanismi perequativ*i, Il Sole 24 Ore.

Atella V., Mennini F.S., Spandonaro F., (2004), *Criteri per l'allocazione regionale delle risorse per la sanità: riflessioni sul caso italiano*, Politiche Sanitarie, anno V, n. 1, gennaio-marzo 2004, Pensiero Scientifico Editore.

Corte dei Conti, 16 luglio 2004, *Relazione al Parlamento sulla finanza regionale 2002/2003*.

Cuccurullo C., Meneguzzo M., (2003), *Ricentralizzazione delle Regioni e autonomia delle aziende sanitarie. Le tendenze in atto nell'area del federalismo*, Rapporto CEIS Sanità 2003, Italpromo.

Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229.

Del Vecchio M, (2004), *Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie pubbliche: un'interpretazione*, in Jommi C., (2004), Il sistema di finanziamento delle Aziende Sanitarie pubbliche, Milano, Egea.

Dirindin N., (1996), *Chi paga per la salute degli italiani?*, Il Mulino, Bologna.

Fatti e Cifre 2004, Farmindustria.

Jommi C., (2000), *I meccanismi regionali di finanziamento delle Aziende Sanitarie*, in Anessi Pessina E. e Cantù E. (a cura di), *L'Aziendalizzazione della sanità in Italia* – Rapporto Oasi 2000, Milano, Egea.

Jommi C., (2004), *Il sistema di finanziamento delle Aziende Sanitarie pubbliche*, Milano, Egea.

Legge 23 dicembre 1996, n. 662.

Ministero della Salute, *Dati economico-finanziari del SSN*, Programmazione sanitaria e qualità.

Petretto A., (2001), *Il futuro del finanziamento pubblico in sanità*, Fondazione Smith Kline

Provincia Autonoma di Trento, Deliberazione Giunta Provinciale n. 2123 del 13 dicembre 2002.

Provincia Autonoma di Trento, Deliberazione Giunta Provinciale n. 2760 del 8 novembre 2002.

Rafaniello A., Spandonaro F., (2003), *Sistemi di finanziamento del servizio sanitario ed impatti redistributivi*, Politiche Sanitarie n. 4, p. 161-167.

Regione Campania, Deliberazione Giunta Regionale n. 3921 del 5 agosto 2002.

Regione Campania, Deliberazione Giunta Regionale n. 3950 del 30 agosto 2002.

Regione Emilia Romagna, Deliberazione Giunta Regionale n. 896 del 20 maggio 2003.

Regione Emilia Romagna, Legge Regionale n. 28 del 22 dicembre 2003.

Regione Liguria, Deliberazione Giunta Regionale n. 319 del 16 marzo 2001.

Regione Liguria, Deliberazione Giunta Regionale n. 838 del 18 luglio 2003.

Regione Puglia, Deliberazione Giunta Regionale n. 1326 del 4 settembre 2003.

Regione Sicilia, Decreto Assessorato Sanità n. 4216 del 29 maggio 2003.

Regione Sicilia, Decreto Assessorato Sanità n. 8916 del 29 dicembre 2003.

Regione Umbria, Deliberazione Giunta Regionale n. 336 del 19 marzo 2003.

Regione Veneto, Deliberazione Giunta Regionale n. 4081 del 22 dicembre 2000.

Regione Veneto, Deliberazione Giunta Regionale n. 616 del 22 marzo 2002.

Regione Veneto, Deliberazione Giunta Regionale n. 2218 del 9 agosto 2002.

Regione Veneto, Deliberazione Giunta Regionale n. 2407 del 20 gennaio 2003.

Van Doorslaer E. ed altri, (1999a), *Equity in the finance of health care: some further international comparison*, Journal of Health Economics n. 18, pag 263-290.

Van Doorslaer E. ed altri, (1999b), *The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries*, Journal of Health Economics n. 18, pag 291-313.

Van Doorslaer E., Wagstaff A., (2000), *Equity in health care financing and delivery*, in AJ Culyer and JP Newhouse (Eds.) Handbook of Health Economics, North Holland, pag. 1803-62.www.istat.it

Capitolo 4

Equità e fairness del Servizio Sanitario Nazionale italiano

Maruotti A.[1], Mennini F. S.[1], Piasini L.[1], Spandonaro F.[1]

4.1 Premessa

Il crescente onere che, nei Paesi industrializzati, risulta a carico del settore pubblico ai fini della sostenibilità dei programmi di assistenza sanitaria, ha concentrato da ormai più di un decennio l'attenzione dei *policy makers* sull'efficienza dei sistemi stessi. Ciò non di meno in un contesto di intervento pubblico continua a rivestire la massima importanza l'aspetto equitativo. Mantenendo una linea di continuità con quanto pubblicato nella precedente edizione (2003) del Rapporto CEIS[2], scopo del presente contributo è quello di affrontare in modo organico la questione del perseguimento dell'equità nel Servizio Sanitario italiano. Oltre ad aggiornare le analisi ivi svolte a livello nazionale, nel seguito verranno esposte nuove evidenze a livello regionale: l'importanza dell'evoluzione dello studio è evidente in relazione alla crescente autonomia regionale che è stata introdotta con il federalismo fiscale.

Inoltre, le nuove elaborazioni utilizzano anche una nuova prospettiva: ci siamo infatti avvalsi di un importante *framework* metodologico fornito dalla World Health Organization (WHO), che propone di affiancare alle misure di equità sul versante del reddito (*income space*), nuove misure che tengono conto dei consumi sanitari effettivamente a carico delle famiglie e quindi della sostenibilità per esse dei costi dell'assistenza sanitaria (*burden space*)[3].

[1] *CEIS Centre for Health Economics and Health Care Management, Facoltà di Economia, Università di Roma "Tor Vergata"*

[2] *Rafaniello A. e Spandonaro F. (2003).*

[3] *La presente metodologia è stata utilizzata nel lavoro "Modelli per un set di indicatori standardizzati per il monitoraggio per la spesa ed il finanziamento dell'assistenza sanitaria" (Mennini F.S., Di Bidino R., Di Giorgio G., Mariotti S., Maruotti A., Spandonaro F., Palazzo F.) all'interno del progetto SINDIS finanziato dall'Istituto Superiore di Sanità, 2003-2004.*

Equity and fairness of national health service in Italy

Maruotti A.[1], Mennini F. S.[1], Piasini L.[1], Spandonaro F. [1]

Summary

This paper focuses on the problem of fairness in financing contribution. Our interest is in analysing and understanding the distribution of health system contribution across households and the role of excessively or catastrophic households' health payments.

The analysis of the consequences of household health system contributions can be divided in two broad approaches: the income approach and the burden approach. The effects of health system payments on households in the space of income can be assessed in terms of changes in the full distribution of income, most commonly reported using the redistributive effect (RE). In the burden space, the complete distribution of disutility or impact of financial payment on households requires a distributional measure analogous to the ones used in the income space; the WHO fairness in financing contribution index (FFC) was developed for this purpose.

Health payments influence income distribution through general taxation (IRAP, IRPEF, IVA) and direct private payments for health services. To see the distinct effect of health payments on the amount of money that is left for the household after all health payments, the redistributive effect should be addressed with respect to the distribution of after-tax income before any health payments (public and private) and after-

[1] *CEIS Centre for Health Economics and Health Care Management, Facoltà di Economia, Università di Roma "Tor Vergata"*

In tal modo si configura un nuovo modo di intendere l'equità del sistema: mentre le misure nell'*income space* configurano determinazioni ex-ante dei livelli equitativi, facendo infatti riferimento alla redistribuzione del reddito, le seconde (nel *burden space*) analizzano ex-post il fenomeno, confrontando bisogni e capacità di spesa delle famiglie.
Evidentemente esistono forti contiguità fra i due approcci e non pochi aspetti degni di dibattito nella definizione degli indici, ma certamente l'insieme di questi fornisce un quadro maggiormente articolato dell'impatto equitativo derivante dall'esistenza di un servizio sanitario pubblico.
È utile sottolineare che questa tipologia di analisi è conseguenza anche di alcuni limiti insiti nella valutazione nell'*income space*. Infatti, all'interno della valutazione degli effetti redistributivi (*ex ante*) non viene colto da una parte l'elemento "assicurativo" implicito in un Sistema Sanitario pubblico, e in particolare l'attesa di una "alta" copertura dei sinistri; indicazioni in tal senso vengono invece fornite dagli indicatori che quantificano le famiglie che subiscono un "danno rilevante" (*catastrophic payments*) in termini di spesa *out-of-pocket*, ovvero che si "impoveriscono" (cadono sotto la soglia di povertà) per lo stesso motivo.
L'obiettivo del lavoro è quindi quello di fornire un quadro complessivo delle misure di equità applicabili al sistema sanitario nazionale italiano, non senza effettuarne una analisi critica e proporre alcune integrazioni metodologiche.

4.2 L'equità nel sistema di finanziamento dei servizi sanitari

Nel presente paragrafo si espongono i risultati dell'analisi svolta nel cosiddetto *income space*, con particolare attenzione agli effetti equitativi delle modifiche nel sistema di finanziamento della Sanità in Italia, e segnatamente l'introduzione dell'IRAP (D. Lgs. n. 446/1997), ed il nuovo sistema di federalismo fiscale (D. Lgs. n. 56/2000), con una particolare attenzione al comportamento delle Regioni in tema di introduzione delle addizionali IRPEF.
La metodologia utilizzata segue le indicazioni fornite da Aronson e Lambert (1994), circa l'analisi degli effetti redistributivi prodotti da diversi prelievi fiscali, e i lavori applicativi di Wagstaff e Van Doorslaer (1997, 1999a, 1999b) i quali forniscono anche utili confronti a livello internazionale per l'analisi.
Ricordiamo che l'applicazione dell'indice di Reynolds-Smolensky,

tax income after all health payments.
We applied the measurement procedure to the Italy income tax over the period 1995-2002 to determinate the quantitative significance of the effects involved and examine trends. First of all, we measured the share contribution of any health payments (Table 1) and then the tax progressivity (Table 2). In 2002 Italy have negative RE, indicating that health contribution make the after-payments distribution of income less equal than the before payments distribution (instead in 1995 RE has a positive value and it points to the opposite).
Our interest is, also, in inter-regional comparison of factor affecting inequalities, the results are presented in appendix 2. We focus our interest on the effects of additional regional tax. The values of the horizontal inequity and reranking components are relatively low but for some Regions the H and R components outweigh the pro-poor redistributive impact deriving from vertical redistribution, with the consequence that the total effect becomes negative.
The impact of health system payments should be examined in the space of burden on households[2]. We applied the measurement procedure proposed by World Health Organization (WHO), we describe the "fairness" in financing contribution with an appropriate summary measure (Fairness in Financing Contribution index, FFC) which describe the distribution of the burden of health payments. The results are proposed in Table 5 and in Table 6. The summary measure, FFC, captures two common concerns: protecting households against extreme financial loss due to ill health (preventing catastrophic health expenditure); equal payments by households with equal capacity to pay (horizontal equity).

[2] *Murray (2003)*

evoluzione dell'indice introdotto da Kakwani[4] permette di misurare la progressività/regressività del sistema di finanziamento, separatamente per ogni singola fonte di prelievo, come anche le variazioni in termini di equità orizzontale e verticale.
Si è utilizzata "L'indagine sui bilanci delle famiglie" fornita dalla Banca d'Italia con riferimento all'anno 2002. In particolare si è reso necessario, a partire dal reddito disponibile netto fornito dalla Banca d'Italia, stimare il reddito lordo delle famiglie e la quota d'imposte dirette volta a finanziare (in ultima istanza) il servizio sanitario; inoltre, a partire dai redditi lordi dei singoli componenti il nucleo familiare è stata stimata la quota IRAP, ipotizzando che l'effettivo onere economico di tale imposta si scarichi sulle famiglie; ancora, la quota d'imposte indirette è stata stimata in base ai consumi familiari, riallocando la totalità dei consumi durevoli tra tutte le famiglie secondo i loro redditi netti; infine la spesa *out of pocket* è stata stimata con un *matching* dei dati sui consumi delle famiglie di fonte ISTAT, con quelli rilevati dalla Banca d'Italia, come da noi rielaborati, effettuato in funzione del reddito, della grandezza del nucleo familiare e della spesa alimentare, e ipotizzando inoltre un coefficiente di equivalenza del nucleo familiare $\alpha = 0,5$[5].
Analizzando la composizione del finanziamento nei diversi anni considerati, risalta come nel 1995 la principale fonte di entrata fosse data dai contributi sociali che sommata all'IRPEF, contribuiscono ai due terzi dell'intero finanziamento (Tabella 1).
Nel 2000, a seguito dell'introduzione dell'IRAP, essa rappresenta il 25,0% delle risorse; una maggiore importanza viene anche assunta dall'IVA, che diventa la prima fonte di finanziamento (33,0%) dopo il D.Lgs. n. 56/2000 sul federalismo fiscale; anche la spesa *out of pocket* mostra la tendenza ad aumentare la propria importanza come fonte di finanziamento (26,0%). Tali tendenze vengono confermate dai dati 2002: la spesa *out of pocket* supera il 27,0% e l'IVA contribuisce per oltre il 35,0%; mentre diminuisce il peso delle polizze assicurative che contribuiscono per solo l'1,0%.

[4] *Kakwani N.C. (1977).*

[5] *Assumere un valore di alfa estremo, $\alpha=1$ oppure $\alpha=0$, equivale ad assegnare a ciascun individuo della famiglia un reddito equivalente pari rispettivamente al reddito pro-capite (assenza di economie di scala) o al reddito familiare (indipendenza dal numero dei componenti).*

While the two approaches explore different aspects of the impact of health payments, they both provide useful information for policy-makers. The income space approach is sensitive to progressivity and gives feedback on this aspect of the health financing system, but it gives little information on risk protection and catastrophic outcomes leading to impoverishment. The burden space approach is sensitive to horizontal inequity, and particularly to catastrophic health payments (Table 3). It allows policy-makers to identify shortcomings associated with risk pooling and other financial protection mechanisms in the health financing system.
At the end, we propose an alternative measure of catastrophic payments in the space of burden based on specific data supplied by ISTAT which measure a poverty line unlike the one that was considered by WHO (Table 4).

Tabella 1 - Fonti di finanziamento del sistema sanitario[6]

1995	**Cont.Soc**	**IRPEF**	**IVA**	**Pol.Ass.**	**Sp.out of Poc**
	43,92%	20,49%	12,12%	1,71%	21,75%
2000	**IRAP**	**IRPEF**	**IVA**	**Pol.Ass.**	**Sp.out of Pocket**
	25,40%	13,41%	33,80%	1,42%	25,98%
2002	**IRAP**	**IRPEF**	**IVA**	**Pol.Ass.**	**Sp.out of Pocket**
	23,49%	12,58%	35,67%	1,05%	27,21%

Fonte: Elaborazione CEIS-Sanità su dati Banca d'Italia

Per quanto riguarda l'analisi dell'effetto redistributivo (vd. l'Appendice 1 per i dettagli tecnici), è evidente l'inversione di tendenza avvenuta fra il 1995 e il 2000, essendo passati da un sistema di finanziamento progressivo ad uno significativamente regressivo (nel 1995 RE=0,001848, mentre nel 2000 RE = -0,009802)[8], e tale tendenza viene ancora più confermata dal dato del 2002 (RE = -0,01183) (Tabella 2).

Il valore espresso dall'indice RE permette di apprezzare anche i diversi effetti redistributivi delle singole fonti di finanziamento. Nella determinazione dell'effetto regressivo dell'intero finanziamento (RE = -0,01183) assumono il peso maggiore la quota di IVA (RE = -0,00988) e la spesa *out of pocket* (RE = -0,007187), lenita dagli effetti redistributivi indotti dall'IRAP (RE = 0,004262), dell'IRPEF (RE = 0,00075) e delle polizze assicurative (RE = 0,000225)[9].

Si noti anche che l'effetto redistributivo è in larga misura di tipo verticale (indicatore V), mentre l'equità orizzontale (H) e la componente di *reranking* (R) contribuiscono in minima parte alla determinazione dell'effetto redistributivo stesso[10].

L'analisi a livello regionale permette inoltre di apprezzare gli effetti delle diverse politiche fiscali adottate, in particolare con riferimento alle modalità di applicazione delle addizionali IRPEF nelle Regioni (Vd. Appendice 2)

La gran parte delle Regioni applica un'addizionale IRPEF pari allo 0,9%, le Regioni che istituiscono addizionali IRPEF a seconda dello scaglione di reddito e che poi risulteranno interessanti ai fini dell'analisi sono: la Lombardia che presenta 3 aliquote (1,2% fino 15.493 Euro, 1,3% fino a 30.987 Euro, 1,4% oltre i 30.987 Euro), il Veneto che ne introduce anche una quarta (l'1,2% fino 10.329 Euro, l'1,3% fino a 15.493 Euro, l'1,4% fino a

[6] Per l'elaborazione degli anni 1995 e 2000 cfr. Rafaniello A. e Spandonaro F. (2003)

[8] Per avere un confronto con altri Paesi Vd. Murray (2003).

[9] Si consideri che l'effetto redistributivo è certamente sottostimato, in quanto nella simulazione a livello nazionale non si è tenuto conto delle diverse addizionali IRPEF applicate dalle Regioni.

[10] Per i significati dei vari indici si rimanda all'Appendice 1.

Tabella 2 - Analisi della progressività/regressività del sistema di finanziamento della Sanità - Italia[7]

1995	Cont.Soc	IRPEF	IVA	Pol.Ass.	Sp.out of Pocket	Tot.Fin.
G=	0,051195	0,024571	0,014868	0,002080	0,026642	0,119356
K=	0,086172	0,129084	-0,15478	0,065421	-0,131399	0,016064
V=	0,004650	0,003252	-0,00234	0,000136	-0,003597	0,002177
(H+R)=	0,000195	0,000005	0,000010	0,000025	0,000011	0,000330
RE=	0,004455	0,003246	-0,00235	0,000111	-0,003607	0,001848
2000	**IRAP**	**IRPEF**	**IVA**	**Pol.Ass.**	**Sp.out of Pocket**	**Tot.Fin.**
G=	0,032102	0,018086	0,046441	0,001874	0,035683	0,134186
K=	0,097330	0,026470	-0,15646	0,156370	-0,131936	-0,060198
V=	0,003228	0,000488	-0,00762	0,000294	-0,004882	-0,009330
(H+R)=	0,000197	0,000000	0,000131	0,000023	0,000020	0,000473
RE=	0,003031	0,000487	-0,00775	0,000270	-0,004902	-0,009802
2002	**IRAP**	**IRPEF**	**IVA**	**Pol.Ass.**	**Sp.out of Pocket**	**Tot.Fin.**
G=	0,035045	0,020110	0,058490	0,001660	0,044772	0,160079
K=	0,124870	0,036790	-0,155080	0,183890	-0,152593	-0,065480
V=	0,004535	0,000760	-0,009630	0,000306	-0,007152	-0,011190
(H+R)=	0,000273	0,000000	0,000246	0,000000	0,000000	0,000635
RE=	0,004262	0,000750	-0,009880	0,000225	-0,007187	-0,011830

Fonte: nostra elaborazione su dati Banca d'Italia.

69.721 Euro e applicando l'1,9% oltre tale cifra), le Marche, infine, applicano le seguenti aliquote lo 0,9% fino 10.329 Euro, l'1,91% fino a 15.493 Euro, il 3,6% fino a 69'721 Euro e applicando il 4% oltre tale cifra.

Le aliquote IRPEF sono costruite in modo progressivo; nell'analisi la quota di finanziamento legata all'IRPEF è calcolata per ogni singolo individuo e successivamente aggregata a livello familiare (così vengono rispettate anche le indicazioni fornite dai lavori di Aronson e Lambert (1994) e di Murray et al. (2003)) e ciò comporta che alcune famiglie risulteranno essere penalizzate e si troveranno a subire un prelievo maggiore rispetto anche alle famiglie "più ricche".

Il fenomeno appena descritto trova una sua forte manifestazione in Lombardia e Valle d'Aosta in cui l'indice RE specifico per l'IRPEF mostra l'incidenza di un effetto regressivo dell'imposta che, come visto, sia per sua costruzione implicita che per evidenza empirica (vedi il valore a livello nazionale), ha la connotazione di essere un'imposta progressiva.

Nelle Regioni in cui i differenziali delle aliquote addizionali IRPEF sono maggiori

[7] *Per l'elaborazione degli anni 1995 e 2000 cfr. Rafaniello A. e Spandonaro F. (2003).*

(Lombardia, Veneto e Marche), l'aggregazione a livello familiare della contribuzione al sistema sanitario attraverso i prelievi fiscali fa sì che vi sia la presenza di una forte iniquità orizzontale (pari a H+R) dovuta principalmente alle conseguenze sopra descritte in relazione al livello di aggregazione stesso, che risulta essere fonte , soprattutto in Lombardia, di un forte *reranking* (R = 0,107507 in Lombardia, mentre nelle altre Regioni è pressoché nullo), che viene così ad assumere un peso maggiore nella composizione dell'effetto redistributivo totale.
Nelle Regioni che applicano le medesime aliquote IRPEF (pari allo 0,9%) si riscontra un andamento del sistema del tutto in linea con quanto evidenziato dall'analisi a livello nazionale.
L'analisi conduce alla conclusione che gli effetti prodotti da diverse aliquote di prelievo non sono neutrali, anzi, come dimostrato, implicano diverse conseguenze sia a livello familiare che sul segno della distribuzione operata; si raccomanda, perciò, alle Regioni di effettuare valutazioni quantitative prima di decidere le modalità di prelievo.

4.3 L'impatto del sistema sanitario sui bilanci delle famiglie

Nel paragrafo precedente si è analizzato l'impatto equitativo dei sistemi di finanziamento; evidentemente tale approccio è in qualche modo parziale rispetto all'ambizione di misurare l'impatto equitativo del settore sanitario[11]. Esso si limita infatti ad analizzare il processo redistributivo, non prendendo in considerazione l'impatto degli effettivi consumi sanitari, che pure è noto che sono molto concentrati in funzione dell'età e di particolare fragilità individuale.
Murray et. al. (2003) in collaborazione con la WHO hanno proposto di studiare l'impatto equitativo dei sistemi sanitari prendendo esplicitamente in considerazione le spese che devono essere sostenute dalle famiglie e il loro impatto sui bilanci familiari (Vd. Appendice 1 per i dettagli metodologici).
L'approccio si basa su misure che tengono in particolare considerazione l'aspetto dell'incidenza delle spese sanitarie rispetto alle capacità di pagamento delle famiglie. Viene quindi, ad esempio, calcolata la quota di famiglie che sono chiamate a destinare una quota rilevante delle proprie risorse ai consumi sanitari o che, a causa di questi, cadano sotto la soglia della povertà.
Gli indicatori proposti non sono evidentemente scevri di aspetti problematici; ad esempio dipendono strettamente dalle soglie prescelte, e mentre esiste una fiorente letteratura sulle soglie di povertà, per quanto riguarda la "catastroficità" delle spese si assume un livello in qualche modo arbitrario. Inoltre, anche in questo caso si prescinde da considerazioni sulla ricchezza accumulata, oltre a sussistere varie difficoltà di misurazione delle variabili rilevanti.

[11] *Prescindendo dal fatto che si voglia o meno tenere conto anche della ricchezza accumulata oltre che del flusso di reddito.*

Non di meno questi indici, posti nel giusto contesto, forniscono utili informazioni. In particolare ci sembra di poter dire che nello specifico di un servizio sanitario nazionale a copertura universalistica, essi assumano un chiaro significato di efficacia (o meno) dell'intervento pubblico. Ovviamente sembra di difficile accettazione l'idea che in un contesto quale quello italiano, delle famiglie possano cadere sotto la soglia di povertà a causa delle spese sanitarie sostenute; come anche che, a prescindere dal livello del reddito, possano dover sostenere un onere rilevante per i consumi sanitari: anche qualora solo famiglie ricche dovessero essere chiamate ad una grande compartecipazione, si delineerebbe un problema di sostenibilità sociale con forti rischi di volontà di *opting out* di fasce della popolazione.
Viene infine proposto un indice (*Fairness in Financing Contribution index,* FFC), con l'ambizione di potere fornire una misura di sintesi della "correttezza" (*fairness*) della distribuzione dei contributi al settore sanitario.
Tale indice è costruito in modo tale da "pesare" maggiormente sulle famiglie che spendono una larga parte del loro "reddito effettivo" per la salute sotto forma di spesa *out of pocket*.

$$FFC = 1 - \sqrt[3]{\frac{\sum w_i * |oopctp_i - oopctp_o|^3}{\sum w_i}}$$

dove:
$oopctp_i$ rappresenta la quota di spesa *out of pocket* sulla *Capacity to Pay* (CTP)[12] delle famiglie e $oopctp_o$ è la quota di spesa out of pocket totale sulla *Capacity to Pay* totale.
L'indice riflette quindi l'iniquità implicita nel diverso apporto delle famiglie al finanziamento complessivo del sistema sanitario. L'indice FFC varia tra 0 e 1; più vicino ad 1 è il valore assunto dall'indice, maggiore è il grado di equità raggiunto dal sistema sanitario.
La metodologia proposta dalla WHO è stata applicata all'Italia. I dati necessari all'analisi sono stati desunti dalle due principali osservazioni campionarie sulle famiglie disponibili:
• l'indagine sui consumi delle famiglie (ISTAT);
• l'indagine sui bilanci delle famiglie (Banca d'Italia).
Le variabili prese in considerazione includono sia informazioni a livello individuale (età, sesso) che a livello di singola famiglia (consumi totali, spesa alimentare, spesa *out of pocket*, reddito).
La spesa *out of pocket* è stata ottenuta sommando le spese per ricoveri in ospedali, cliniche o case di cura, le spese connesse a visite mediche o specialistiche, le spese per protesi e cure termali, il costo di medicinali e del noleggio/acquisto di attrezzature sanitarie. Si noti che le informazioni fornite dall'ISTAT non consentono di determinare la quota

[12] *La CTP (Capacity to Pay) è definita come i consumi al netto dei bisogni essenziali per la sussistenza (Xu et al., 2003).*

Tabella 3 - Spese catastrofiche e famiglie che si impoveriscono a causa delle spese sanitarie sostenute - Metodologia WHO

Regioni	Cata	Impoor
Italia	0,84%	0,08%
Piemonte-Valle d'Aosta	0,87%	0,00%
Lombardia	0,99%	0,07%
Trentino Alto Adige	0,94%	0,04%
Veneto	0,70%	0,00%
Friuli Venezia Giulia	0,92%	0,00%
Liguria	1,22%	0,00%
Emilia Romagna	1,19%	0,00%
Toscana	0,36%	0,00%
Umbria	0,51%	0,00%
Marche	0,85%	0,00%
Lazio	0,31%	0,00%
Abruzzo	0,67%	0,12%
Molise	0,68%	0,43%
Campania	0,98%	0,23%
Puglia	1,29%	0,00%
Basilicata	1,03%	0,67%
Calabria	0,82%	0,88%
Sicilia	0,72%	0,07%
Sardegna	0,60%	0,08%

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT e Banca d'Italia

di rimborsi o di servizi gratuiti dovuti a precedenti spese sostenute, il che porta ad una conseguente sovrastima della spesa *out of pocket*. La spesa alimentare è stata desunta dal "libretto degli acquisti" dell'indagine ISTAT, senza però comprendere le spese per alcolici, tabacco e le spese alimentari sostenute in alberghi o ristoranti.
L'analisi è stata condotta a livello regionale, in considerazione delle rilevanti differenze socioeconomiche esistenti, ma anche i diversi sistemi di regolamentazione regionale sul versante delle compartecipazioni alla spesa e delle relative esenzioni.
A livello nazionale abbiamo che lo 0,08% delle famiglie, pari a 17.452 nuclei, cadono sotto la soglia della povertà a causa delle spese sanitarie sostenute.
Peraltro si apprezzano rilevanti differenze a livello territoriale. Come era lecito aspettarsi, l'impoverimento delle famiglie si concentra nel centro-sud, ove le famiglie hanno in partenza redditi inferiori: nessuna famiglia più a nord dell'Abruzzo (con esclusione di uno 0,07% in Lombardia e di uno 0,04% della P.A. di Trento) cadano sotto la soglia di povertà dopo avere sostenuto spese sanitarie[13]. Non di meno, il fatto che una seppure esigua fascia di popolazione si impoverisca a causa della necessità di sostenere spese sanitarie, è un indicatore di un funzionamento imperfetto delle esenzioni. Consideriamo inoltre che non si tiene conto di coloro che sono già poveri in partenza e presumibilmente

Tabella 4 - Spese catastrofiche e famiglie che si impoveriscono a causa delle spese sanitarie sostenute - Metodologia WHO rivista

Regioni	Cata	Impoor
Italia	2,30%	1,74%
Piemonte-Valle d'Aosta	1,67%	1,53%
Lombardia	2,74%	0,75%
Trentino Alto Adige	2,40%	1,57%
Veneto	1,89%	0,78%
Friuli Venezia Giulia	1,82%	0,74%
Liguria	1,36%	1,56%
Emilia Romagna	2,68%	1,37%
Toscana	1,04%	1,12%
Umbria	1,32%	1,48%
Marche	1,21%	0,93%
Lazio	2,47%	1,07%
Abruzzo	1,49%	3,15%
Molise	2,19%	2,39%
Campania	1,78%	3,39%
Puglia	2,73%	3,27%
Basilicata	1,94%	2,48%
Calabria	1,41%	3,57%
Sicilia	4,79%	4,10%
Sardegna	1,97%	2,43%

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT

potrebbero vedere ulteriormente aggravata la propria situazione.
Si noti ancora che la soglia di povertà utilizzata dalla WHO appare poco adatta ad un contesto sviluppato come quello italiano (Vd. Appendice 1); si è pertanto replicato l'esercizio utilizzando le soglie di povertà ricalcolate secondo la metodologia ISTAT[14-15].
La metodologia ISTAT porta ad aumentare le soglie di povertà relativa, come è ovvio considerando che nel concetto di sussistenza della WHO si considera solo la spesa alimentare, e di conseguenza aumenta la stima delle famiglie a rischio di impoverimento.
In questa nuova elaborazione le famiglie che si impoverirebbero sarebbero l'1,74% pari a 342.100 nuclei. Ovviamente si conferma la prevalenza nel Mezzogiorno, con punte del 4,1% (58.171 nuclei) in Sicilia, il 3,6% in Calabria (17.637 nuclei) e il 3,39% in Campania (48.543 nuclei). In questo contesto anche le Regioni del Nord sono soggette al fenomeno, con punte di 1,57% (5.177 nuclei) in Trentino Alto Adige e dell' 1,56% (11.024 nuclei) in Liguria (Tabella 4).
Passando a considerare le famiglie che devono sostenere spese catastrofiche (*cata*)[16]

[13] *Nelle elaborazioni sono ovviamente escluse le famiglie in partenza povere.*

[14] *In Appendice 3 sono riportate le soglie di povertà e i criteri di equivalenza*

[15] *cfr. ISTAT, Note Rapide, 22 luglio 2003*

.

Tabella 5 - Fairness in Financial Contribution Index - Confronti internazionali

PAESI	FFC
Slovacchia	0,941
UK	0,921
Danimarca	0,920
Svezia	0,920
Germania	0,913
Ungheria	0,905
Repubblica Ceca	0,904
Belgio	0,903
Finlandia	0,901
Romania	0,901
Islanda	0,891
Slovenia	0,890
Francia	0,889
Spagna	0,889
Norvegia	0,888
Italia	0,878
Lituania	0,875
Svizzera	0,875
Estonia	0,872
Croazia	0,865
Bulgaria	0,862
Grecia	0,858
Portogallo	0,845
Lettonia	0,828
Ucraina	0,788

Fonte: nostra elaborazione su dati WHO (Murray et al.) 2003

(Tabella 3) esse sono lo 0,84% a livello nazionale, con punte dell'1,29% in Puglia e dell'1,19% in Emilia Romagna, pari rispettivamente a 18107 e 20020 nuclei familiari. Confrontando il dato ottenuto con i valori assunti da altri Paesi (Murray, 2003) l'Italia presenta valori in termini di percentuale di famiglie soggette a spese catastrofiche nettamente superiore a quelle riscontrate nei principali Paesi europei (Francia, Germania, UK, Spagna).
Anche l'indice di "catastroficità" presentato nell'applicazione WHO pone alcune problematiche, in particolare il fatto che nel calcolo si rapporti la spesa *out of pocket* sanitaria al totale dei consumi e non dei redditi disponibili: l'"equivalenza" che implicitamente si adotta può essere sostenibile in un contesto di Paese non sviluppato, ove le possibilità di indebitamento delle famiglie come anche i patrimoni accumulati sono generalmente scarsi, ma è difficilmente sostenibile per un Paese sviluppato. Ci è sembrato quindi rilevante rielaborare l'indice rapportando la spesa sanitaria al reddito disponibile. La stima delle famiglie soggette a spese catastrofiche, seguendo la nuova metodologia, è pari al 2,30% per l'Italia, con un valore massimo del 4,79% in Sicilia.
La distribuzione delle spese catastrofiche mostra una percentuale di famiglie soggette a questo fenomeno maggiore rispetto a quella calcolata secondo la metodologia della WHO. Ovviamente in questo caso le famiglie maggiormente soggette sono quelle a più basso reddito che debbono ricorrere all'indebitamento o quelle che consumano patrimoni accumulati per soddisfare i bisogni sanitari.
È interessante notare che tale indice non sembra in nessun modo essere correlato al numero di famiglie povere presenti nelle Regioni.
La mancanza di correlazione tra spese catastrofiche e impoverimento delle famiglie può essere dovuta al fatto che, in presenza di redditi molto alti, la spesa sostenuta è "catastrofica" solo "contabilmente", ma non incide sull'impoverimento della famiglia nel senso

[16] *La soglia è stata posta al 40,0% della capacity to pay come negli studi promossi dalla WHO.*

Tabella 6 - Fairness in Financial Contribution Index - Italia

REGIONE	FFC
Emilia Romagna	0,8639
Lombardia	0,8706
Basilicata	0,8719
Liguria	0,8721
Puglia	0,8743
Campania	0,8749
Calabria	0,8762
Trentino Alto Adige	0,8793
Italia	**0,8797**
Sicilia	0,8805
Molise	0,8809
Friuli Venezia Giulia	0,8811
Veneto	0,8822
Piemonte-Valle d'Aosta	0,8848
Marche	0,8883
Sardegna	0,8907
Abruzzo	0,8928
Umbria	0,9043
Lazio	0,9066
Toscana	0,9068

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT

in cui lo abbiamo sin qui definito. Dobbiamo però aggiungere che anche in questo caso la presenza di famiglie soggette a spese elevate può essere indicatore di un rischio (o incentivo) all'*opting out*, ovvero alla richiesta di fuoriuscita dal sistema di garanzie pubbliche, ovvero di disaffezione verso l'offerta sanitaria pubblica.

La natura complessa dell'indice ha spinto ad un supplemento di analisi, verificando quali siano le determinanti del fenomeno. Applicando un modello logistico è stato possibile descrivere una tipologia precisa di famiglia che ha maggiore probabilità di essere soggetta a spese "catastrofiche" (Vd. Appendice 4).

Notevole importanza la ricopre la componente demografica: avere un anziano in famiglia aumenta notevolmente la probabilità di dover sostenere spese catastrofiche.

Un altro aspetto critico appare essere l'ubicazione della residenza: la probabilità di sostenere spese elevate è molto alta per chi vive fuori dai nuclei abitati.

Si conferma, infine, una differenziazione territoriale, nel senso che in alcune Regioni (Puglia, Emilia Romagna, Liguria), anche eliminando l'influenza delle differenze socio-demografiche, la probabilità di dover sostenere spese "catastrofiche" rimane più alta, presumibilmente per effetto delle politiche sanitarie adottate; mentre nelle Isole e soprattutto nelle Regioni centrali tale probabilità è minore (il Lazio è la Regione che presenta la probabilità più bassa di presentare spese catastrofiche).

Infine si è elaborato l'indice FFC, che come detto riassume la *fairness* del sistema, anche al fine di effettuare un confronto con quanto emerso dallo studio internazionale di Murray (2003)[17].

Come si evince dalla Tabella 5, l'Italia si colloca al di sotto dei valori dei principali Paesi europei, denotando in definitiva una scarsa attenzione verso il problema dell'equità nel cosiddetto *burden space*. Per quanto riguarda l'analisi del grado di *fairness* nelle Regioni italiane (Tabella n.6) l'Emilia Romagna (0,8639) ha il valore minore, mentre Umbria (0,9043), Lazio(0,9066) e Toscana (0,9068) hanno i risultati migliori. In ogni caso le Regioni italiane si posizionano tutte a livelli di *fairness* inferiori rispetto a Regno Unito, Danimarca, Svezia e Germania, e in media anche sotto Francia e Spagna.

[17] *È utile sottolineare che nello studio WHO l'Italia non è stata presa in considerazione.*

4.4 Conclusioni

Il sistema di finanziamento del SSN in Italia ha perso, come già evidenziato nel Rapporto 2003, le sue caratteristiche progressive, e con il passare degli anni tende ad accentuare la sua caratterizzazione regressiva.

Il peso maggiore nel determinare il segno negativo dell'effetto redistributivo è dato dalla componente di IVA e dalla spesa *out of pocket.*

L'analisi a livello regionale indica la possibilità di sorprendenti effetti delle addizionali IRPEF, che in alcuni casi (Valle d'Aosta, Lombardia, ed in parte Marche) potrebbero provocare fenomeni di regressività impositiva a livello familiare, dovuti alle diverse possibili composizioni del reddito familiare fra percettori. Le Regioni dovranno quindi porre grande attenzione all'applicazione delle addizionali, che hanno un effetto certamente non neutrale.

Il giudizio complessivo sull'equità del sistema sanitario italiano è ulteriormente aggravato dai risultati ottenuti in termini di *fairness* secondo l'approccio suggerito dalla WHO: risultati ancor più sorprendenti in un servizio dichiaratamente universalistico e globale, basato sulla solidarietà.

I consumi sanitari, che evidentemente incidono sulle risorse disponibili per altri usi delle famiglie, dipendono sia da preferenze individuali che da regolamentazioni del sistema sanitario (compartecipazioni, ticket, etc).

L'evidenza statistica dice che un numero ancora rilevante di famiglie, 17.452 secondo l'approccio WHO, 342.100 nella rielaborazione da noi effettuata sulla base delle soglie di povertà relativa dell'ISTAT, cadono sotto tali soglie a causa di spese sanitarie.

Inoltre una quota di famiglie, in larga misura distinte dalle prime, è chiamata a sostenere spese sanitarie cosiddette catastrofiche, ovvero superiori al 40% della propria *capacity to pay*. Si tratta di 511.814 famiglie (186.465 se si fa riferimento alla metodologia della WHO), potenzialmente incentivate a chiedere la libertà di fuoriuscire dal sistema sanitario obbligatorio nazionale (*opting out*).

Complessivamente la *fairness* del sistema è bassa: inferiore a quasi tutti i maggiori Paesi europei: Regno Unito, Danimarca, Svezia, Germania, Spagna, Francia; nessuna Regione riesce a superare le prime 4 nazioni citate, posizionandosi tutte in una fascia che comprende i nuovi Paesi emergenti dell'Est.

Sebbene l'approccio, per la prima volta applicato all'Italia, sia in alcuni suoi aspetti controverso, segnala quanto meno la parziale inefficacia di alcune regolamentazioni importanti, quali compartecipazioni alla spesa ed esenzioni dalle stesse. Dobbiamo peraltro osservare che queste ultime sono per lo più utilizzate a fini di contenimento dell'onere finanziario pubblico, senza una adeguata attenzione agli impatti sui bilanci delle famiglie.

Ci sembra in definitiva che l'approccio metodologico adottato indichi con chiarezza la necessità di riconsiderare con attenzione le politiche redistributive, in un'ottica integrata che riassume politiche di finanziamento, compartecipazione e relativa esenzione.

Bibliografia/References

Aronson et al. (1994), *Redistributive Effect and Unequal Income Tax Treatment*, in "The Economic Journal", vol. 104, pp 262-270.

Bracewell-Milnes B. (1971), *The measurement of Fiscal Policy*. London: Confederation of British Industry.

Dalton H. (1955), *Principles of Public Finance*. New York: Frederick A. Praeger INC.

Kakwani N.C. (1977), *Measurement of Tax Progressivity: An International Comparison*, in "The Economic Journal", vol. 87, pp. 71-80.

Mennini et al. (2004), *Monitoraggio della Spesa Sanitaria e del Finanziamento dell'Assistenza Sanitaria, forthcoming* in Salute e Territorio, 2004.

Murray et al. (2003), *Assesing the Distribution of Household Financial Contribution to the Health System: Concepts and Empirical Application*, Health System Performance Assessments, Ginevra, WHO.

Musgrave R. e Thin T (1948), *Income Tax Progression 1929-48*, in "Journal of Political Economy", vol.56, pp. 498-514.

Rafaniello A. e Spandonaro F. (2003), *Federalismo fiscale in sanità ed impatti redistributivi, in "Rapporto CEIS Sanità 2003",* pp 85-92, ed. Italpromo.

Reynolds M. e Smolensky E. (1974), *The Post Fisc. Distribution: 1961 and 1970 Compared*. Institute for research on poverty, Discussion Paper 19174, University of Wisconsin.

Reynolds M. e Smolensky E. (1977) *Public expenditures, taxes, and the distribution of income: the United States, 1950, 1961, 1970*. New York, New York Academic Press.

Slitor R.E. (1948), *The measurement of Progressivity and Built-in Flexibility*, in "Quarterly journal of Economics", vol 62, pp. 309-13.

Wagstaff A e van Doorslaer E. (1997), *Progressivity, horizontal equity and reranking in health care finance: a decomposition analysis for the Netherlands*, in "Journal of Health Economics", pp. 499–516.

Wagstaff A., Van Doorslaer E. ed al. (1999a), *Equity in the finance of health care: some further international comparison*, in "Journal of Health Economics", pp. 263-290.

Wagstaff A., Van Doorslaer E. ed al. (1999b), *The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries*, Journal of Health Economics n.18, pp. 291-313.

World Health Organization (2004), *Distribution of health payments and catastrophic expenditures*.

Xu et al. (2003), *Household Health System Contributions and Capacity to Pay: Definitional, Empirical and Technical Challenges*. Health Systems Performance Assessments, Ginevra, WHO.

Appendice 1: note metodologiche

Di seguito si riportano brevi descrizioni degli indici utilizzati, qualora non siano stati definiti nel testo.

Sia $L_x(p)$ (curva di Lorenz) la parte di reddito totale, x, che posseggono le p-esime unità della popolazione più povere, ordinate in senso crescente.

Viene definito coefficiente di Gini:

$$G_x = 1 - 2\int_0^1 L_x(p)dp$$

Kakwani (1977) introduce una misura della progressività del sistema mettendo in relazione il concetto di progressività e quello di elasticità.

Sia $C_t(p)$, la curva di concentrazione ovvero, similarmente alla curva di Lorenz, la quota cumulata delle tasse pagata da ogni frazione p di popolazione , riordinata secondo il reddito.

L'indice definito da Kakwani risulta dalla differenza tra l'indice di concentrazione e l'indice di Gini:

$$K_t = C_t - G_x = 2\int_0^1 [L_x(p) - C_t(p)]dp$$

Se il sistema di tassazione è progressivo e C_t giace al di sotto della curva di Lorenz, L_x, K_t assume valori positivi. Nel caso in cui il sistema sia regressivo, C_t giace al di sotto di L_x e il valore di K_t è negativo. L'indice di Kakwani varia tra -2 e 1, raggiunge il suo valore minimo nel caso in cui la distribuzione del reddito sia "concentrata" ($G_x \rightarrow 1$) e le tasse gravino sui gruppi più poveri della popolazione ($C_t \rightarrow -1$), e viceversa.

Reynolds-Smolenski (1977) forniscono un indice, chiamato "Effetto Redistributivo" (RE), che misura la riduzione dell'indice di Gini che si ha passando dalla distribuzione del reddito pre-tasse a quella post-tasse.

$$RE = G_x - G_{x-t} = 2\int_0^1 [L_{x-t}(p) - L_x(p)]dp$$

RE varia tra -1 e 1, un valore negativo dell'indice implica un sistema regressivo, e viceversa.

Aronson et. Al (1994) hanno suggerito la scomposizione dell'effetto redistributivo RE in tre componenti equitative: effetto orizzontale, verticale e reranking (ovvero il cambiamento di posizione delle unità di popolazione osservate nella curva ordinata per reddito):

$$RE = \left(\frac{g}{1-g}\right)K_1 - \sum \alpha_x G_{F(x)} - (G_{x-1} - C_{x-1}) = V - H - R$$

V misura l'ineguaglianza ipotizzando che non ci siano differenze nelle aliquote di tassazione imposte, cioè che tutti paghino esattamente *T(x)*, e viene definita come misura dell'equità verticale ed è espressa in funzione dell'aliquota media g e dell'indice di Kakwani; H misura la pura equità orizzontale ed è pari ad una media ponderata tramite il coefficiente α_x, prodotto tra la quota di popolazione dei nuclei familiari aventi un reddito strettamente pari ad "*x*" e la quota di reddito al netto del finanziamento degli stessi nuclei familiari, del coefficiente di Gini $G_{F(x)}$ calcolato sui redditi al netto del finanziamento sempre sui medesimi nuclei familiari aventi un reddito strettamente pari ad "*x*"; infine l'ultimo termine è presente solamente nel caso in cui fosse presente un *reranking (R)* come conseguenza delle diverse tipologie di tassazione.
Per quanto concerne l'approccio alla *fairness* nel cosiddetto *burden space*, la *capacity to pay* (CTP) è identificata da Murray (2003) come il reddito al netto dei bisogni essenziali per la sussistenza, una sorta di reddito effettivo secondo Xu et al. (2003) che però lascia dubbi di interpretazione.

La spesa per la sussistenza viene calcolata come segue:
- si definisce la spesa alimentare come somma di tutti i prodotti consumati più il valore dei prodotti alimentari autoconsumati, esclusi gli alcolici, il tabacco e le spese sostenute al di fuori dell'abitazione (ad es. hotel e ristoranti);
- si calcola la quota di spesa alimentare sul totale dei consumi;
- si standardizza il nucleo familiare secondo la grandezza come descritto precedentemente e si calcola la spesa alimentare standardizzata;
- viene definita la soglia di povertà pro-capite in funzione della spesa alimentare come una media ponderata della spesa alimentare tra il 45esimo e il 55esimo precintile;
- infine si calcola la soglia di sussistenza e si definiscono famiglie povere quelle la cui spesa totale è inferiore alla soglia di sussistenza.

Appendice 2: Risultati regionali

Piemonte

	IRAP	IRPEF	IVA	ASS	SP	Tot.
G =	0,032911	0,020409	0,056503	0,003919	0,046512	0,160254
K=	0,145321	0,030628	-0,125346	0,360220	-0,222858	-0,066325
RE=	0,004631	0,000654	-0,007661	0,000663	-0,010900	-0,012613
V=	0,004945	0,000638	-0,007507	0,001417	-0,010871	-0,011377
H=	-0,000729	-0,000720	-0,000748	-0,000708	-0,000740	-0,003645
R=	0,001044	0,000705	0,000902	0,001462	0,000769	0,004882

Valle d'Aosta

	IRAP	IRPEF	IVA	ASS	SP	Tot.
G =	0,018583	0,020688	0,042797	0,000516	0,033639	0,116223
K=	0,18713	0,022019	-0,07429	-0,2702	-0,06884	-0,014640
RE=	-0,01137	-0,01554	-0,0364	-0,00054	-0,02835	-0,092200
V=	0,003543	0,000465	-0,00332	-0,00014	-0,0024	-0,001850
H=	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	-0,06401	-0,064010
R=	0,01491	0,016007	0,033076	0,000399	0,089973	0,154365

Lombardia

	IRAP	IRPEF	IVA	ASS	SP	Tot.
G=	0,038146	0,021342	0,054201	0,002089	0,039932	0,155710
K=	0,122254	0,041692	-0,145433	0,043514	-0,271413	-0,083980
RE=	-0,021028	-0,013341	-0,044246	-0,001331	-0,037523	-0,117468
V=	0,004848	0,000909	-0,008334	0,000091	-0,011289	-0,013774
H=	-0,000768	-0,000755	-0,000781	-0,000740	-0,000769	-0,003813
R=	0,026645	0,015005	0,036692	0,002162	0,027004	0,107507

Trentino Alto Adige

	IRAP	IRPEF	IVA	ASS	SP	Tot.
G=	0,036524	0,020052	0,061741	0,000455	0,050017	0,168789
K=	0,151133	0,024990	-0,165223	-0,066609	-0,225922	-0,091891
RE=	0,005321	0,000511	-0,011526	-0,000032	-0,011952	-0,017678
V=	0,005729	0,000511	-0,010872	-0,000030	-0,011895	-0,016557
H=	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000
R=	0,000408	0,000001	0,000654	0,000002	0,000057	0,001121

Veneto

	IRAP	IRPEF	IVA	ASS	SP	Tot.
G=	0,043829	0,020865	0,058080	0,002403	0,049502	0,174678
K=	-0,238930	0,059982	-0,154976	-0,172904	-0,271159	-0,183536
RE=	-0,013913	0,001276	-0,009715	-0,000446	-0,014165	-0,036964
V=	-0,010952	0,001278	-0,009556	-0,000416	-0,014122	-0,033768
H=	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000
R=	0,002961	0,000003	0,000159	0,000030	0,000043	0,003196

Friuli Venezia Giulia

	IRAP	IRPEF	IVA	ASS	SP	Tot.
G=	0,030977	0,020910	0,062839	0,001786	0,047922	0,1664434
K=	0,144736	0,039151	-0,124312	0,118173	-0,250458	-0,086970
RE=	0,004271	0,000835	-0,008666	0,000194	-0,012655	-0,016019
V=	0,004627	0,000836	-0,008335	0,000211	-0,012606	-0,015267
H=	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000
R=	0,000356	0,000001	0,000330	0,000017	0,000048	0,000752

Liguria

	IRAP	IRPEF	IVA	ASS	SP	Tot.
G=	0,031662	0,020998	0,056003	0,001918	0,044427	0,155008
K=	0,089797	0,037016	-0,140692	0,288922	-0,230362	-0,089924
RE=	0,002576	0,000793	-0,008989	0,000531	-0,010740	-0,015829
V=	0,002936	0,000794	-0,008347	0,000555	-0,010710	-0,014771
H=	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000
R=	0,000360	0,000001	0,000642	0,000024	0,000030	0,001058

Emilia Romagna

	IRAP	IRPEF	IVA	ASS	SP	Tot.
G=	0,039918	0,020878	0,059795	0,002015	0,046599	0,169206
K=	0,131199	0,038700	-0,164883	0,196597	-0,269352	-0,094378
RE=	0,005170	0,000824	-0,010742	0,000376	-0,013206	-0,017578
V=	0,005455	0,000825	-0,010486	0,000397	-0,013165	-0,016974
H=	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000
R=	0,000285	0,000001	0,000256	0,000021	0,000041	0,000604

Toscana

	IRAP	IRPEF	IVA	ASS	SP	Tot.
G=	0,034058	0,020980	0,057906	0,001287	0,043668	0,157900
K=	0,146646	0,041993	-0,170778	0,229557	-0,257027	-0,094631
RE=	0,004841	0,000899	-0,010668	0,000296	-0,011772	-0,016405
V=	0,005171	0,000900	-0,010497	0,000296	-0,011737	-0,015867
H=	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000
R=	0,000330	0,000001	0,000171	0,000000	0,000036	0,000537

Umbria

	IRAP	IRPEF	IVA	ASS	SP	Tot.
G=	0,033977	0,020122	0,061339	0,001308	0,039280	0,156026
K=	0,181518	0,033698	-0,144467	-0,026419	-0,258045	-0,078107
RE=	0,006081	0,000691	-0,009541	-0,000048	-0,010584	-0,013400
V=	0,006384	0,000692	-0,009441	-0,000035	-0,010551	-0,012949
H=	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000
R=	0,000303	0,000001	0,000101	0,000013	0,000033	0,000451

Marche

	IRAP	IRPEF	IVA	ASS	SP	Tot.
G=	0,032410	0,020705	0,066987	0,002116	0,045304	0,167522
K=	-0,020950	-0,099226	-0,204107	-0,200309	-0,258940	-0,170490
RE=	0,005507	0,000898	-0,010126	-0,000261	-0,011410	-0,015392
V=	-0,000702	-0,002098	-0,014654	-0,000425	-0,012288	-0,030166
H=	-0,006522	-0,002996	-0,004717	-0,000215	-0,000917	-0,015368
R=	0,000314	0,000001	0,000188	0,000051	0,000039	0,000593

Lazio

	IRAP	IRPEF	IVA	ASS	SP	Tot.
G=	0,038037	0,020344	0,059073	0,000781	0,039340	0,157574
K=	0,133330	0,038481	-0,202234	0,264124	-0,288521	-0,109386
RE=	0,004988	0,000798	-0,012954	0,000198	-0,011853	-0,018822
V=	0,005272	0,000799	-0,012696	0,000206	-0,011815	-0,018234
H=	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000
R=	0,000284	0,000001	0,000258	0,000008	0,000037	0,000588

Abruzzo

	IRAP	IRPEF	IVA	ASS	SP	Tot.
G=	0,032724	0,020181	0,051057	0,000386	0,039308	0,143656
K=	0,103389	0,037720	-0,128400	0,141594	-0,220792	-0,076819
RE=	0,003157	0,000776	-0,007012	0,000052	-0,009065	-0,012091
V=	0,003498	0,000777	-0,006908	0,000055	-0,009034	-0,011613
H=	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000
R=	0,000340	0,000001	0,000103	0,000002	0,000031	0,000478

Molise

	IRAP	IRPEF	IVA	ASS	SP	Tot.
G=	0,039626	0,018929	0,052082	...	0,035613	0,146249
K=	0,162196	0,009830	-0,269382	...	-0,303550	-0,124629
RE=	0,006469	0,000189	-0,015108	...	-0,011239	-0,019690
V=	0,006692	0,000190	-0,014801	...	-0,011209	-0,019128
H=	0,000000	0,000000	0,000000	...	0,000000	0,000000
R=	0,000223	0,000001	0,000308	...	0,000030	0,000561

Campania

	IRAP	IRPEF	IVA	ASS	SP	Tot.
G=	0,033384	0,019764	0,064146	8,28E-05	0,043724	0,161101
K=	0,12859	0,033753	-0,17835	-0,01937	-0,26811	-0,113002
RE=	0,004103	0,00068	-0,01251	0,000000	-0,01234	-0,02006
V=	0,004441	0,000681	-0,01222	0,000000	-0,01226	-0,01936
H=	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000
R=	0,000338	0,000000	0,000283	0,000000	0,000000	0,000702

Puglia

	IRAP	IRPEF	IVA	ASS	SP	Tot.
G=	0,036490	0,020119	0,054222	...	0,047815	0,158645
K=	0,139232	0,036051	-0,227877	...	-0,308116	-0,135143
RE=	0,004949	0,000739	-0,013515	...	-0,015541	-0,023367
V=	0,005273	0,000740	-0,013064	...	-0,015472	-0,022524
H=	0,000000	0,000000	0,000000	...	0,000000	0,000000
R=	0,000324	0,000001	0,000450	...	0,000068	0,000843

Basilicata

	IRAP	IRPEF	IVA	ASS	SP	Tot.
G=	0,033430	0,020036	0,052689	...	0,044552	0,150706
K=	0,118768	0,051673	-0,157003	...	-0,305304	-0,111929
RE=	0,003835	0,001055	-0,008904	...	-0,014279	-0,018293
V=	0,004108	0,001056	-0,008732	...	-0,014236	-0,017804
H=	0,000000	0,000000	0,000000	...	0,000000	0,000000
R=	0,000273	0,000002	0,000172	...	0,000043	0,000489

Calabria

	IRAP	IRPEF	IVA	ASS	SP	Tot.
G=	0,029163	0,019984	0,057832	0,000373	0,047195	0,154547
K=	0,109181	0,044500	-0,134507	-0,146567	-0,250000	-0,100675
RE=	0,002928	0,000907	-0,008396	-0,000066	-0,012441	-0,017068
V=	0,003280	0,000907	-0,008256	-0,000055	-0,012383	-0,016507
H=	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000
R=	0,000352	0,000001	0,000139	0,000011	0,000057	0,000561

Sicilia						
	IRAP	IRPEF	IVA	ASS	SP	Tot.
G=	0,035160	0,019980	0,064222	0,000841	0,046805	0,167007
K=	0,115887	0,038143	-0,197524	0,255144	-0,297331	-0,129041
RE=	0,003919	0,000777	-0,013851	0,000197	-0,014679	-0,023638
V=	0,004223	0,000778	-0,013556	0,000215	-0,014600	-0,022940
H=	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000
R=	0,000304	0,000001	0,000295	0,000018	0,000079	0,000697

Sardegna						
	IRAP	IRPEF	IVA	ASS	SP	Tot.
G=	0,037024	0,019988	0,056700	0,000057	0,043194	0,156963
K=	0,121110	0,033517	-0,170785	-1,055882	-0,274625	-0,104813
RE=	0,004413	0,000683	-0,010581	-0,000060	-0,012438	-0,017983
V=	0,004656	0,000684	-0,010266	-0,000060	-0,012398	-0,017383
H=	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000
R=	0,000243	0,000001	0,000315	0,000000	0,000041	0,000600

Appendice 3: Soglia di povertà relativa

Ampiezza familiare	Coefficienti	Linea di povertà
1	0,60	494,07
2	1,00	823,02
3	1,33	1095,19
4	1,63	1342,22
5	1,90	1564,56
6	2,16	1778,65
7 o più	2,40	1976,28

Fonte: ISTAT

Appendice 4 Determinanti delle spese catastrofiche

Catastrophic	Coef.	Std. Err.	z	P>|z|	[95%Conf.	Interval]
Anziano	0,849043	0,009247	91,82	0	0,83092	0,867167
nucleo abitato	0,125548	0,008415	14,92	0	0,109055	0,142042
case sparse	0,367928	0,00904	40,7	0	0,350209	0,385647
sola 35-64 anni	2,3649	0,083845	28,21	0	2,200567	2,529234
Sola >65 anni	3,182391	0,083352	38,18	0	3,019024	3,345758
coppia senza figli <35 anni	2,450692	0,086626	28,29	0	2,280908	2,620476
coppia senza figli 35-64 anni	3,559465	0,083119	42,82	0	3,396556	3,722375
coppia senza figli >65 anni	3,732724	0,083329	44,79	0	3,569402	3,896046
Coppia con 1 figlio	2,861463	0,083023	34,47	0	2,698741	3,024184
coppia con 2 figli	2,368883	0,083208	28,47	0	2,205799	2,531967
Coppia con 3 e più figli	2,661962	0,084061	31,67	0	2,497205	2,826719
Monogenitore	3,047299	0,083314	36,58	0	2,884007	3,210592
altre tipologie di famiglia	2,29242	0,084064	27,27	0	2,127659	2,457182
Lombardia	0,238087	0,009494	25,08	0	0,219479	0,256694
Trentino Alto Adige	0,238349	0,018835	12,65	0	0,201432	0,275265
Veneto	-0,08184	0,012064	-6,78	0	-0,10549	-0,0582
Friuli Venezia Giulia	0,045655	0,016739	2,73	0,006	0,012848	0,078462
Liguria	0,262828	0,013221	19,88	0	0,236915	0,288742
Emilia Romagna	0,321416	0,010625	30,25	0	0,300591	0,342241
Toscana	-0,95166	-0,01611	59,08	0	-0,98323	-0,92009
Umbria	-0,60139	-0,02602	23,11	0	-0,65239	-0,55038
Marche	-0,03665	0,016755	-2,19	0,029	-0,06949	-0,00381
Lazio	-0,87476	-0,01485	58,9	0	-0,90386	-0,84565
Abruzzo	-0,29794	-0,01962	15,18	0	-0,3364	-0,25947
Molise	-0,28519	0,035848	-7,96	0	-0,35545	-0,21492
Campania	0,173443	0,010979	15,8	0	0,151925	0,194961
Puglia	0,491525	0,011048	44,49	0	0,469871	0,513178
Basilicata	0,212662	0,022879	9,29	0	0,167819	0,257505
Calabria	0,055557	0,015327	3,62	0	0,025518	0,085597
Sicilia	-0,11164	0,011835	-9,43	0	-0,13483	-0,08844
Sardegna	-0,17995	0,018788	-9,58	0	-0,21678	-0,14313
Costante	-8,2944	-0,08306	99,86	0	-8,45719	-8,13161

Fonte: Elaborazione CEIS-Sanità su dati ISTAT

Capitolo 5

Equità nei ricoveri ospedalieri: differenze Nord-Sud

Masseria C.[1]

5.1 Introduzione

Tutti i cittadini, indipendentemente dal territorio in cui vivono, hanno il diritto di avere un'adeguata tutela della salute e, a parità di bisogni, devono avere la stessa probabilità di essere ammessi in ospedale. Variabili socio-economiche come il reddito e la Regione di residenza non dovrebbero giocare alcun ruolo nella probabilità di essere ricoverati in ospedale. L'obiettivo di questo lavoro è verificare se tale equità è stata raggiunta nell'accesso ai ricoveri ospedalieri.

Fattore caratteristico del sistema sanitario italiano è la piena mobilità territoriale dei pazienti. Questi sono, infatti, liberi di scegliere tra ospedali pubblici e accreditati, situati sia nella propria ASL sia altrove. I costi sono invece coperti dalla ASL di provenienza. La scelta dell'ospedale dipende, chiaramente, dalla sua localizzazione, dalla durata dell'attesa, dalla qualità dell'ospedale e del reparto, dalla gravità della malattia e dalla qualità dell'équipe medica. In un'ottica di federalismo e ancor più di *devolution*, il diritto alla mobilità territoriale può causare notevoli problematiche e minare il diritto di equità nei livelli essenziali di assistenza. Infatti, le Regioni più carenti di strutture sanitarie tendono ad avere un più alto tasso di "esportazione" di pazienti.

Il Sistema Sanitario Italiano è in piena fase di cambiamento. Sempre più responsabilità sono delegate alle Regioni. L'introduzione di meccanismi federalisti ha notevolmente modificato il quadro di riferimento. Solo i livelli di assistenza di base sono definiti dal Sistema Sanitario Nazionale. Una sempre maggiore attenzione deve, quindi, essere rivolta al monitoraggio delle differenze e disuguaglianze esistenti tra i sistemi sanitari regionali. Infatti, differenze dovute sia al reddito sia alla Regione

[1]*London School of Hygiene and Tropical Medicine. University of London*

Equity in Hospital Referrals: Differences North-South

Masseria C.[1]

Summary

The aim of the paper is to assess to what extent the goals of equal access to inpatient care for equal needs has been achieved in Italy. Regional differences in hospital referrals are also objectives of analysis.

The measure of inequity is based on the indirect standardization approach proposed by Wagstaff and Van Doorslaer. The data are taken from the multiscopo survey, 2000. Different scenarios appear from the analysis of the results on income related inequity in inpatient care. Estimates based on the three months' probability show no inequity. However, three months may be a too short window. In fact, estimates obtained with an inpatient proxy (patient with chronic diseases, no time constraints) show pro-rich inequity.

What emerges clearly is that there is inequality and inequity among regions. People living in the north have a higher probability of being admitted to hospitals than their counterparts. To make it worse, in the south and northest people tend more intensively to move to other regions to receive hospital care.

[1]*London School of Hygiene and Tropical Medicine. University of London*

di provenienza sembrano giocare un ruolo importante, nonostante l'accesso ai servizi ospedalieri sia gratuito.
L'analisi statistica ed empirica, svolta utilizzando la banca dati Multiscopo per il 1999-2000, ha l'obiettivo di descrivere e misurare il livello di uguaglianza ed equità presente nel sistema sanitario italiano. I dati per il reddito sono stati imputati utilizzando la banca dati Eurostat 2000, poiché nella banca dati Multiscopo non vi è alcuna domanda riguardante la ricchezza degli intervistati.

5.2 Come misurare l'equità

È necessario distinguere i concetti di uguaglianza ed equità. Vi è "uguaglianza" se tutti i cittadini hanno la stessa probabilità di essere ricoverati e variabili socio-economiche come il reddito e la Regione di provenienza non influiscono su tale probabilità[2]; vi è "equità" se tale uguaglianza viene garantita a tutti i cittadini a parità di bisogni. Quindi, per analizzare il concetto di equità è necessario standardizzare l'accesso alle cure sanitarie per i bisogni della popolazione.
Come prima cosa, occorre misurare il livello di uguaglianza in base al reddito nella probabilità di effettuare un ricovero ospedaliero. Tuttavia, i bisogni non sono equamente distribuiti nella popolazione; in media gli individui più poveri hanno un maggior bisogno di cure sanitarie. Occorre, quindi, misurare tali bisogni per la probabilità di essere ricoverati in ospedale e, per far ciò, si è ritenuto opportuno utilizzare un modello *probit*. Successivamente, è necessario confrontare la distribuzione delle prestazioni ospedaliere con i bisogni della popolazione. Wagstaff A. e Van Doorslaer E. (2000a, 2000b) dimostrano come tramite un'apposita regressione sia possibile costruire un indice di equità orizzontale che misura, per l'appunto, il grado di equità del sistema[3]. Quando l'indice è uguale a zero si ipotizza che vi sia equità; quando è maggiore di zero l'inequità è a favore delle classi più ricche; mentre se è minore di zero l'inequità è a favore delle classi più povere.

5.3 Disuguaglianza nello stato di salute e nei ricoveri ospedalieri

Dai risultati del sondaggio Multiscopo 1999-2000 si desume come la maggior parte degli italiani goda di buona salute. Il 43,0% degli intervistati dichiarava di avere un buono stato di salute, il 36,5% sufficiente e il 12,0% molto buono.
Precedenti ricerche hanno evidenziato come lo stato di salute degli individui più poveri sia in media peggiore di quello delle classi più agiate[4]. I cittadini a basso reddito hanno in media misere condizioni di vita, minori opportunità sul mercato del lavoro e un minor livello di scolarizzazione. La Figura 1 conferma queste teorie. Gli individui che riportano uno stato di salute non buono sono, infatti, concentrati nei quintili di reddito più bassi.
Nel sondaggio Multiscopo viene, inoltre, chiesto agli intervistati se sono stati ricoverati

[2] *Wagstaff, Van Doorslaer e Ruffer, (1993).*

[3] *Per la descrizione della metodologia vedere Wagstaff A., Van Doorslaer E. (2002a e b).*

[4] *Marmot e Wilkinson, (1999); Diderichsen at al., 2001; Blane, (1999).*

Figura 1 - Distribuzione dello stato di salute tra i quintili di reddito

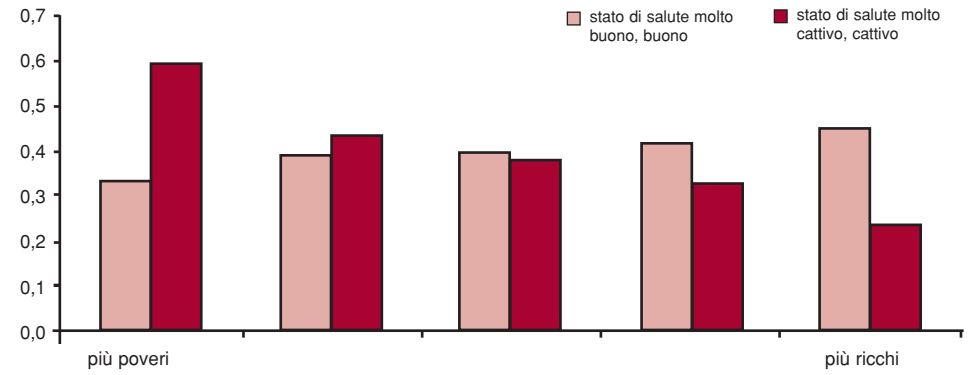
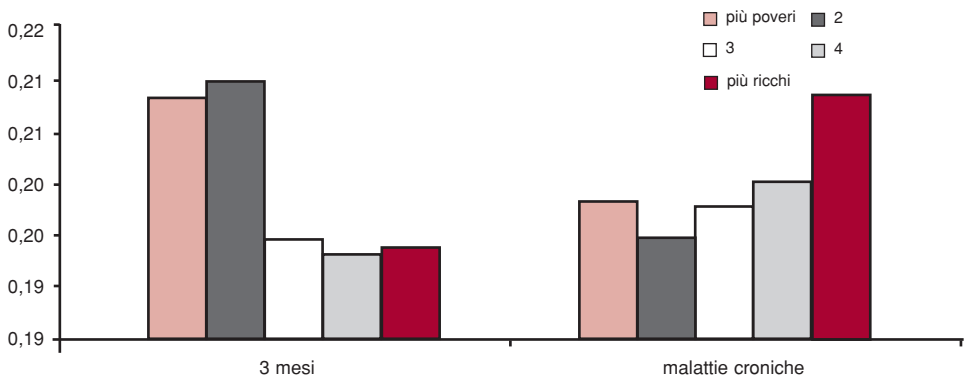


Figura 2 - Probabilità di ricoveri nei tre mesi precedenti l'intervista e per i malati cronici. Distribuzione per quintili di reddito



nei tre mesi precedenti e, a tutti coloro che riportano malattie croniche, se sono mai stati ricoverati[5]. Si è ritenuto opportuno analizzare i risultati per entrambe le domande poiché tre mesi è una finestra di tempo troppo piccola per valutare adeguatamente il livello di uguaglianza ed equità nei ricoveri ospedalieri. Il ricovero ospedaliero è, infatti, un evento raro e un lungo arco temporale è indispensabile per descrivere i suoi aspetti più caratteristici. La Figura 2 riporta le distribuzioni per quintili di reddito per entrambe le variabili, ed è chiara la differenza nei risultati.

Tra gli intervistati che hanno effettuato almeno un ricovero nei tre mesi precedenti il sondaggio, quelli nei primi quintili di reddito hanno una maggiore probabilità di essere

[5] *Il 4,0% degli intervistati era stato ricoverato nei tre mesi precedenti il sondaggio, mentre tra tutti coloro che riportarono malattie croniche il tasso di ospedalizzazione era il 24,0%.*

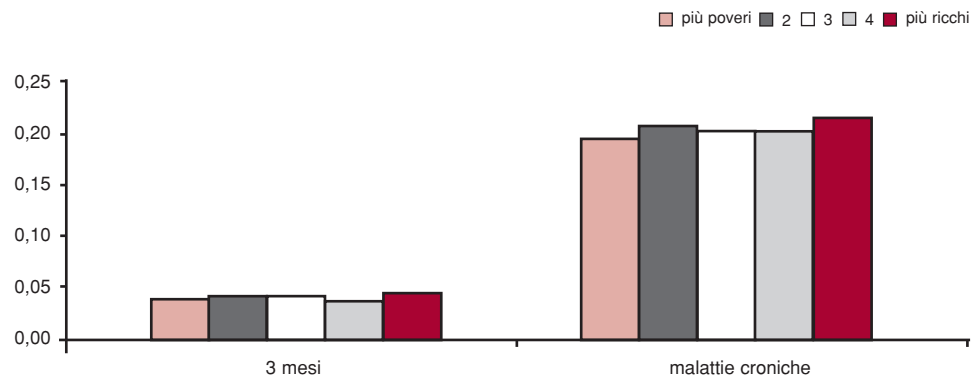
Tabella 1 - Risultati del modello *probit* per la probabilità di essere ricoverato nei tre mesi precedenti all'intervista e per gli intervistati con malattie croniche

3 mesi precedenti il sondaggio	(a) Intervistati con malattie croniche
Lo stato di salute è la maggiore determinante della probabilità di essere ricoverato in ospedale.	Lo stato di salute è la maggiore determinante della probabilità di essere ricoverato in ospedale. I bisogni aumentano anche con l'età.
Il livello di educazione e lo stato di salute influenzano la probabilità di essere ricoverato solo marginalmente.	Gli individui con meno anni di scolarizzazione, in pensione e disoccupati hanno una maggiore probabilità di essere ricoverati. I lavoratori dipendenti e gli studenti hanno una minore probabilità.
L'effetto marginale del logaritmo del reddito non è statisticamente significativo.	L'effetto marginale del logaritmo del reddito è statisticamente significativo e positivo.

ammessi in ospedale. Si registra, quindi, una leggera disuguaglianza a favore delle classi più povere in questo frangente.
Andamento completamente dissimile si trova per i pazienti con malattie croniche. In questo caso sono, infatti, i pazienti con un reddito più elevato ad avere una maggiore probabilità di essere ricoverati. Questo risultato è abbastanza preoccupante poiché parliamo di individui che hanno indistintamente un elevato bisogno di cure sanitarie.
Un'analisi statistica delle disuguaglianze nei ricoveri è necessaria ma non sufficiente per valutare correttamente il livello di equità. Poiché gli individui più poveri hanno un livello di salute peggiore e, quindi, maggiori bisogni di prestazioni sanitarie, occorre standardizzare la probabilità di essere ricoverati in ospedale per i bisogni della popolazione. Si è utilizzato un modello *probit* per misurare i bisogni della popolazione nei ricoveri ospedalieri. I risultati confermano le differenze individuate precedentemente tra la probabilità calcolata nei tre mesi precedenti l'intervista e quella costruita sulla base delle risposte degli intervistati con malattie croniche. Nella Tabella 1 si riportano le principali differenze.
In entrambi i frangenti, la probabilità di essere ricoverati in ospedale aumenta all'aumentare dei bisogni di prestazioni sanitarie[6]; al contrario, l'effetto marginale del logaritmo del reddito non è statisticamente significativo nel caso dei ricoveri ospedalieri avvenuti nei tre mesi prima del sondaggio mentre è, non solo statisticamente significativo, ma anche positivo per gli intervistati con malattie croniche.
Gli indici di equità orizzontale (HI) confermano i risultati del modello probit. Nei tre mesi precedenti il sondaggio, non si registra alcuna inequità nei ricoveri ospedalieri. L'indice è negativo ma statisticamente non significativo (HI è uguale a –0,011 e la statistica t è

[6] *I bisogni della popolazione sono stati misurati con l'utilizzo delle seguenti variabili: lo stato di salute (molto buono, buono, sufficiente, cattivo, molto cattivo), il ruolo che lo stato di salute ha giocato nello svolgimento delle normali attività (nessuno, parzialmente limitante, totalmente limitante), l'età e il sesso degli intervistati.*

Figura 3 - Indici di equità orizzontale nei tre mesi precedenti l'intervista e per i malati cronici. Distribuzione per quintili di reddito



1,030). Al contrario, per gli intervistati con malattie croniche vi è inequità a favore delle classi più ricche. L'indice di equità orizzontale è, infatti, positivo e statisticamente significativo (HI è uguale a 0,013 e la statistica t è 3,080). La Figura 3 riporta la distribuzione per quintili di reddito dei due indici di equità orizzontale. Consegue da tali andamenti come, tra gli intervistati con malattie croniche, siano i più poveri ad essere maggiormente discriminati.

5.4 Scelte relative alla localizzazione dell'ospedalizzazione

Il cittadino italiano gode di piena mobilità territoriale per quanto concerne i ricoveri ospedalieri; è, infatti, libero di scegliere tra ospedali pubblici e accreditati situati sia nella propria ASL di competenza sia altrove.

La maggior parte degli intervistati, nel 1999-2000, era stata ricoverata in ospedali pubblici (87,2% degli intervistati), ma vi sono significative differenze tra Regioni. La percentuale dei pazienti che erano stati ricoverati in ospedali accreditati era maggiore nel sud e nelle isole (Tabella 2). In Calabria il 26,0% dei ricoveri erano in ospedali accreditati, in Sardegna il 17,0% e in Campania il 16,0%; mentre in Toscana e Liguria solo il 4,0% e l'1,0%. In questo quadro che sembra delineare una netta differenza tra nord e sud, la Lombardia era un'eccezione: il 15,0% dei ricoveri era in ospedali accreditati. Certamente, questo dipende dalle caratteristiche del sistema sanitario regionale. Infatti, alcune regioni, più di altre, preferiscono delegare la fornitura di alcune prestazioni sanitarie a strutture accreditate.

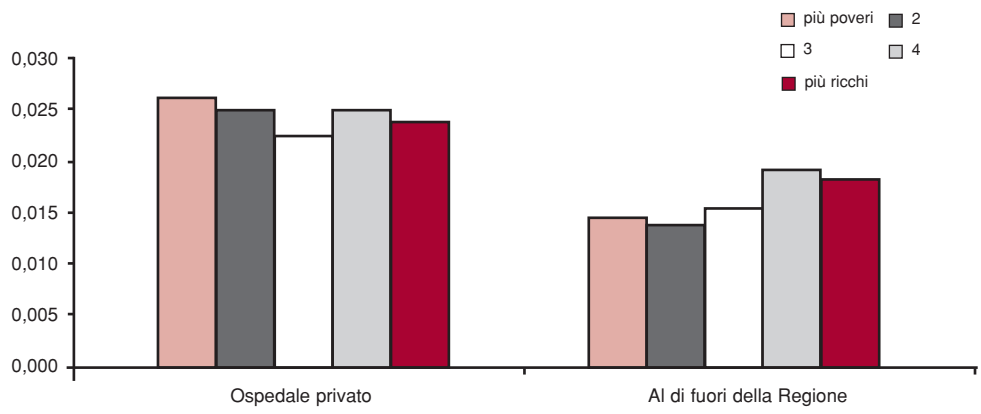
Nel sondaggio Multiscopo si indaga anche sulla localizzazione del ricovero (provincia di residenza, Regione o altrove). In media, solo il 6,4% dei ricoveri avveniva al di fuori della propria Regione di residenza. Tuttavia, nel sud e nord-ovest tale percentuale era 4-3 volte superiore alla media. Per esempio, in Valle D'Aosta il tasso di mobilità extra-regionale era il 31,0%, in Basilicata il 20,0%, in Calabria il 18,0%, in Molise il 16,0% e in Piemonte l'11,0%.

La Figura 4 evidenzia come tale propensione allo spostamento sia legata al reddito.

Tabella 2 - Decisioni relative al tipo di ospedale e al luogo del ricovero

Regioni	Tipo di ospedale			Localizzazione		
	Pubblico	Accreditato	Privato	Provincia	Regione	Altrove
Piemonte	0,89	0,08	0,03	0,79	0,10	0,11
Valle D'Aosta	0,88	0,09	0,03	0,69	0,00	0,31
Lombardia	0,84	0,15	0,01	0,90	0,07	0,03
Bolzano	0,87	0,09	0,04	0,93	0,01	0,06
Trento	0,87	0,12	0,01	0,82	0,05	0,13
Veneto	0,89	0,10	0,02	0,82	0,10	0,08
Friuli Venezia Giulia	0,91	0,07	0,01	0,87	0,09	0,04
Liguria	0,96	0,01	0,02	0,86	0,07	0,07
Emilia	0,85	0,14	0,01	0,88	0,06	0,05
Toscana	0,94	0,04	0,02	0,81	0,14	0,04
Umbria	0,94	0,05	0,01	0,83	0,08	0,09
Marche	0,91	0,09	0,01	0,84	0,10	0,06
Lazio	0,88	0,11	0,01	0,89	0,07	0,04
Abruzzo	0,87	0,12	0,01	0,83	0,09	0,07
Molise	0,88	0,11	0,01	0,80	0,04	0,16
Campania	0,83	0,16	0,01	0,85	0,07	0,08
Puglia	0,91	0,09	0,00	0,83	0,08	0,09
Basilicata	0,95	0,04	0,01	0,74	0,06	0,20
Calabria	0,73	0,26	0,00	0,79	0,03	0,18
Sicilia	0,87	0,11	0,02	0,88	0,06	0,06
Sardegna	0,83	0,17	0,00	0,89	0,09	0,02

Figura 4 - Relazione tra il livello di reddito e la scelta relativa al tipo di ospedale e alla localizzazione



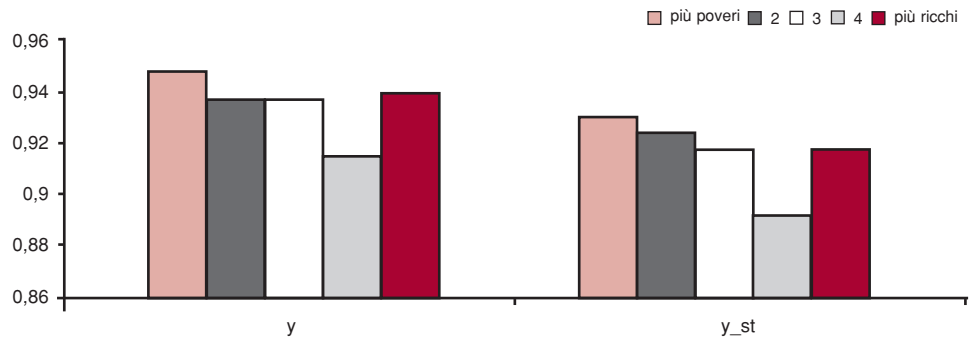
Nonostante l'ospedalizzazione sia gratuita e l'ASL di appartenenza si assuma tutto il costo diretto, tale decisione presenta notevoli costi indiretti (un altro membro della famiglia tende sempre ad accompagnare il paziente e questi costi ricadono completamente sul bilancio famigliare). Al contrario, la relazione tra la decisione di farsi ricoverare in un ospedale privato (sia accreditato che non) e il reddito non è chiara.
I risultati del sondaggio Multiscopo evidenziano come la mobilità territoriale sia legata alle cause del ricovero. In caso di gravidanza, gli intervistati preferivano rimanere nella loro Regione di residenza se non addirittura nella propria provincia; mentre in caso di malattie gravi e operazioni chirurgiche, la propensione allo spostamento era maggiore.
Questi risultati sono confermati anche dall'analisi econometrica. Il modello probit applicato allo scelta della localizzazione dell'ospedale (Regione di residenza o altrove), mette in luce come gli intervistati con un peggiore stato di salute avevano una maggiore probabilità di spostarsi. Nel caso di malattie gravi, è sicuramente maggiore il valore che gli individui danno alla reputazione dell'ospedale e del reparto, ai tempi di attesa e, non ultimo, all'équipe medica. Gli individui più anziani e con un minore livello di scolarizzazione avevano, invece, una minore probabilità di muoversi. Inoltre, sulla mobilità extra regionale, giocano un effetto statisticamente significativo e positivo altre due variabili: 1) ricove-

Tabella 3 - Disponibilità di personale medico e posti letto

Regioni	Disponibilità letto	Personale medico	Soddisfazione
Piemonte	4,68	117,50	46,50
Valle D'Aosta	3,71	111,23	41,70
Lombardia	4,84	125,62	39,63
Bolzano	5,02	114,53	64,73
Trento	4,98	121,86	39,63
Veneto	4,69	108,57	36,10
Friuli	4,97	130,60	57,07
Liguria	4,82	122,78	34,23
Emilia	4,70	109,18	46,77
Toscana	4,41	105,79	39,53
Umbria	3,85	93,27	36,20
Marche	4,71	98,23	26,60
Lazio	5,40	122,18	22,87
Abruzzo	4,19	106,82	20,70
Molise	4,50	93,26	20,47
Campania	3,46	82,51	20,77
Puglia	4,22	91,51	17,13
Basilicata	4,06	74,29	20,37
Calabria	4,40	88,83	20,87
Sicilia	3,67	85,32	17,37
Sardegna	4,98	92,83	29,33

Fonte: ISTAT.

Figura 5 - Distribuzione per quintili della probabilità di ricoverarsi nella propria Regione di residenza prima e dopo aver standardizzato per i bisogni della popolazione



ro effettuato in un ospedale accreditato o privato e 2) ricovero deciso dallo specialista. Quest'ultimo risultato solleva dubbi riguardanti una possibile induzione della domanda da parte degli specialisti nel caso di ricoveri al di fuori della Regione di residenza.
I risultati del modello empirico confermano il ruolo importante della Regione sul tasso di mobilità extra-regionale. Nel sud e nel nord-ovest la probabilità di spostarsi al di fuori della propria Regione per effettuare un ricovero ospedaliero era maggiore. Questo è dovuto anche alle diverse strutture e risorse sanitarie presenti nelle Regioni italiane. Nel sud il numero di medici e infermieri, così come i posti letto, sono inferiori rispetto al nord d'Italia (Tabella 3). Inoltre, anche la qualità dei servizi, così come percepita dai pazienti, sembra essere peggiore. Infatti, il livello di soddisfazione per le prestazioni ospedaliere ricevute nel nord è maggiore di quello registrato nel sud (Tabella 3).
I risultati del modello econometrico sono stati utilizzati per misurare i bisogni della popolazione e costruire l'indice di equità orizzontale. La Figura 5 presenta la distribuzione per quintili della probabilità di rimanere nella propria Regione di residenza prima (y) e dopo aver standardizzato per i bisogni della popolazione (y_st). Si evidenzia come per i primi quattro quintili di reddito vi fosse una relazione negativa tra la probabilità di effettuare il ricovero nella Regione di residenza e il reddito (la classe di reddito più alta sembra essere un'eccezione).
L'indice di equità orizzontale è negativo ma non statisticamente significativo (HI è –0,004, con una statistica t uguale a 1,670). Le ragioni plausibili possono essere diverse. Ritornando ai risultati riguardanti il livello di equità nella probabilità di essere ammesso in ospedale (Figura 2) non risultava esserci inequità nei tre mesi precedenti il sondaggio[7]. È anche possibile che i pazienti più ricchi, potendosi permettere un ricovero in strutture private, abbiano evitato di spostarsi in un'altra Regione.

[7] *È importante evidenziare che tali risultati sono stati ottenuti sulla base dei ricoveri avvenuti nei tre mesi precedenti il sondaggio. Purtroppo non è stato possibile effettuare la stessa analisi per gli intervistati con malattie croniche.*

5.5 Conclusioni

Uno degli obiettivi fondamentali del nostro sistema sanitario è garantire a tutti i cittadini un equo accesso ai servizi sanitari. Probabilmente il lettore si aspetterà a questo punto una risposta alla domanda: vi è equità nell'accesso alle prestazioni ospedaliere nel sistema sanitario italiano? Ci dispiace deludere le aspettative ma è impossibile fornire una risposta chiara e univoca basandosi solo sui risultati ottenuti in questa sede.

Certo è che i cittadini con gravi condizioni di salute hanno una maggiore probabilità di essere ricoverati; ma che cosa succede al margine? Il risultato riguardante gli intervistati con malattie croniche è certamente preoccupante. Un così elevato livello di inequità a favore delle classi più ricche è sorprendente e in chiara contraddizione con i risultati ottenuti per i ricoveri avvenuti nei soli tre mesi precedenti l'inchiesta. Tuttavia, anche i risultati del lavoro di Masseria, Koolman e Van Doorslaer (2003) (effettuato utilizzando cinque anni della banca dati EUROSTAT) hanno evidenziato per l'Italia un livello di inequità a favore delle classi più ricche per i ricoveri ospedalieri. Il dubbio è che, nei tre mesi precedenti il sondaggio, non sia stato possibile individuare alcuna inequità poiché tre mesi sono una finestra di tempo troppo piccola per misurare il livello di equità nell'accesso ai ricoveri ospedalieri.

La situazione sembra essere complicata dalle differenze regionali. Non solo gli abitanti del sud d'Italia hanno una minore probabilità di essere ammessi in ospedale, ma hanno anche una maggiore tendenza a spostarsi in un'altra Regione per ricevere prestazioni ospedaliere. Questo è certamente dovuto alle loro minori risorse, sia in termini di posti letto sia di personale medico e infermieristico. Anche il livello di qualità atteso gioca un forte ruolo nella decisione di effettuare il ricovero al di fuori della propria Regione. Nell'eventualità di malattie gravi, la decisione dipende da una serie di fattori tra cui anche la reputazione dell'ospedale e del reparto, nonché il tempo di attesa e la qualità dell'équipe medica. Nel meridione, il livello di soddisfazione relativamente alle prestazioni ospedaliere è significativamente inferiore rispetto al nord. Sembra esserci un vero e proprio gradiente nord-sud per quanto riguarda sia la disponibilità di personale medico sia la qualità dei servizi forniti.

Certamente, il tasso di mobilità territoriale dipende anche dal reddito. Nonostante l'ASL di appartenenza si faccia carico di tutto il costo del ricovero, vi sono altri costi legati a tale decisione che sono completamente a carico del bilancio familiare. La distribuzione per quintili di reddito della probabilità di rimanere nella propria Regione prima e dopo aver standardizzato per i bisogni della popolazione evidenzia la relazione negativa con il reddito (l'ultimo quintile di reddito risulta però essere un *outsider*). L'indice di equità orizzontale conferma questo trend ma non è statisticamente significativo. È importante ricordare che la scelta legata alla mobilità extra-regionale può essere stimata solo per i ricoveri avvenuti nei tre mesi precedenti il sondaggio e questo può chiaramente avere un importate effetto sul risultato complessivo (dato che non si registra alcuna inequità in questo frangente). Tuttavia, è anche possibile che gli individui più ricchi che vivono nel sud abbiano preferito farsi ricoverare in ospedali privati localizzati nella propria Regione in quanto la qualità degli ospedali privati meridionali è considerata abbastanza elevata.

Tali differenze tra Regioni sono anche più preoccupanti in un ottica di federalismo prima

e di *devolution* poi. Il rischio è che il nuovo sistema possa esacerbare ancor più le divergenze regionali.
Nelle stime dell'equità si è considerata solo la probabilità di essere ricoverati in ospedale e non la qualità delle prestazioni. Inoltre, i *day hospital* sono esclusi da tali stime. Ci si può facilmente aspettare un aumento del livello di disuguaglianza ed inequità con l'introduzione di questi ulteriori elementi.

Bibliografia/References

Blane D., (1999), *The life course, the social gradient, and health in Social determinants of health*, a cura di Marmot M., Wilkinson R.G. Oxford University Press, Oxford.

Diderichsen F., Evans T., Whitehead M., (2001), *The social basis of disparities in health* in Challenging inequities in health, a cura di Evans T., et al. Oxford University Press, Oxford.

EUROSTAT, (2001), *European Community Household Panel (ECHP)*, European Commission, Eurostat, Luxemburg.

Gakidou E.E., Murray C.J.L., Frenk J., (2000), *Defining and measuring health inequalities: an approach based on the distribution of health expectancy*, in "Bulletin of the World Health Organisation", v. 78(1).

Jones A.M., (2000), *Health Econometrics*, in: Handbook of Health Economics a cura di Culyer A.J., Newhouse J.P., Elsevier. Chapter 6.

Kakwani N., Wagstaff A., Van Doorslaer E., (1997), *Socioeconomic inequality in health: measurement, computation and statistical inference*, in "Journal of econometrics", v. 77, n. 1, pp 87-104.

Lambert P.J., (2001), *The distribution and redistribution of income*. Manchester University Press.

Marmot M., Wilkinson R.G. (a cura di), (1999), *Social determinants of health*. Oxford University Press, Oxford.

Masseria C., Koolman X., Van Doorslaer E., (2003), *Equity in the delivery of inpatient care in the European Union: a pool data analysis*. Presentato alla conferenza iHEA , San Francisco.

Ministero della salute, (2002), *Relazione sullo stato sanitario del Paese 2000-2001*.

Scott Long, (1997), *Regression Models for categorical and Limited Dependent variables*. SAGE publications.

Van Doorslaer E., Jones A., (2003), *Inequalities in self-reported health: validation of a new approach to measurement*, in "Journal of Health Economics", v. 22, pp 61-78.

Van Doorslaer E., Koolman X., Puffer F., (2002), *Equity in the use of physicians visits in OECD countries: has equal treatment for equal need been achieved?*, OECD, Chapter 11.

Van Doorslaer E., Wagstaff A., Rutten F., (1993), *Equity in the finance and delivery of health care: an international perspective*, Oxford University Press, Oxford.

Van Doorslaer E., Wagstaff A., (1992), *Equity in the delivery of health care: some cross-country comparisons*, in "Journal of Health Economics", v. 11, n. 4, pp 389-411.

Van Doorslaer E. et al., (2000), *Equity in the delivery of health care in Europe and the US*, in "Journal of Health Economics", v. 19(5), pp 553-583.

Wagstaff A., Van Doorslaer E., (2000a), *Measuring and testing for inequity in the delivery of health care*, in "Journal of Human Resources", v. 35(4), pp 716-733.

Wagstaff A., Van Doorslaer E., (2000b), *Equity in health care financing and delivery,* in Handbook of Health Economics a cura di Culyer A.J., Newhouse J.P., North Holland. Chapter 34.

Wagstaff A., Van Doorslaer E., Paci P., (1991), *On the Measurement of Horizontal Inequity in the Delivery of Health Care* in " Journal of Health Economics", v. 10(2), pp 169-205.

Capitolo 6

L'assistenza sanitaria integrativa: un'analisi del mercato attuale e l'impatto sui conti pubblici

Borgia P.[1], Maruotti A.[1], Spandonaro F.[1]

6.1 Premessa

L'osservazione della spesa sanitaria italiana nell'ultimo ventennio fa rilevare un tendenziale incremento di questa rispetto al PIL. Il fenomeno, che riguarda non solo l'Italia ma tutti i Paesi industrializzati, è legato alla concorrenza di più fattori: demografici, tecnologici, culturali.

Il nostro Sistema Sanitario Nazionale (SSN) garantisce i servizi di assistenza secondo principi universalistici ed in base a standard qualitativi uniformi. Ne deriva una rigidità del servizio pubblico che presumibilmente è una delle determinanti che induce certi consumatori a spostarsi nel settore privato, per ricevere servizi che rispecchiano maggiormente le preferenze individuali.

I vantaggi qualitativi garantiti dal settore privato sono riconducibili principalmente alla possibilità di evitare liste di attesa, all'assenza di incertezze sul momento di somministrazione delle cure, alla possibilità di scegliere il medico, ad una sistemazione "alberghiera" più confortevole e ad una più accurata informazione sulle proprie condizioni di salute e possibilità terapeutiche[2].

La spesa sanitaria privata risulta essere circa il 25,0% della spesa sanitaria complessiva[3], ma è evidente come il peso sia destinato ad aumentare grazie ai vincoli della finanza pubblica associati ad una crescita strutturale della spesa sanitaria complessiva.

[1] *CEIS Centre for Health Economics and Health Care Management, Facoltà di Economia, Università di Roma "Tor Vergata"*

[2] *Lippi Bruni (2002)*

[3] *Nel 2003 la quota pubblica della spesa sanitaria è stata del 75,3% rispetto la totale, mentre nel 1990 la stessa era stata del 79,3%. Oecd (2004) Health Data*

Supplementary health-care assistance: an analysis of the current market and the impact on public accounts

Borgia P.[1], Maruotti A.[1], Spandonaro F.[1]

Summary

Observation of health-care spending in Italy over the last twenty years points to an upwards trend as a percentage of the GDP. This development, present not only in Italy, but in all the industrialised countries, is the combined effect of a number of different factors: demographics, technology and culture.

The Italian National Health Care System (NHS) provides services according to universalistic principles and based on uniform standards of quality. The resulting rigidity in the public service is presumably one of the factors that leads certain consumers to shift to the private sector, where they can receive services that more accurately reflect individual preferences.

The reasons for which consumers prefer to deal with the private sector, either directly or through supplementary health-care insurance, can be traced to the need for flexibility. In fact, the perceived advantages in terms of quality would not appear to be tied to the performance level of the clinical assistance but to that of the related services: the possibility of avoiding waiting list, selecting the physician, etc. In fact, the Regions with more extensive supplementary health-care coverage (SHCC) show the highest incidence of waiting for public health-care services. This preference is even higher

[1] *CEIS Centre for Health Economics and Health Care Management, Facoltà di Economia, Università di Roma "Tor Vergata"*

Sulla base delle poche evidenze disponibili è possibile ipotizzare che i consumatori sostengano direttamente circa il 92% della spesa sanitaria privata (cosiddetta spesa *out of pocket)* mentre è piuttosto contenuto il ricorso all'assistenza sanitaria integrativa volontaria[4].

Tuttavia è facile supporre che il ruolo di tali forme di copertura dei rischi sanitari sia destinato ad essere potenziato. L'evoluzione normativa per la definizione delle prestazioni essenziali meritevoli di tutela pubblica dovrà infatti sempre più conciliare una crescente domanda di servizi sanitari con le limitate risorse a disposizione. Il presente lavoro si propone di fornire un quadro sull'attuale mercato delle coperture sanitarie integrative, con lo scopo di valutare l'impatto che tali forme di assistenza hanno sui conti pubblici e, quindi, l'opportunità di incentivarne un maggior sviluppo futuro.

6.2 La diffusione dell'assicurazione sanitaria volontaria

La spesa per l'assistenza sanitaria integrativa volontaria è in Italia molto limitata. Essa infatti rappresenta solo il 5,3% della spesa sanitaria privata (circa l'1,0% della spesa totale).

Tuttavia il suo ruolo sembra destinato a crescere ed appare quindi interessante ricostruire l'attuale mercato delle diverse forme di assicurazioni sanitarie per analizzarne le potenzialità e le future opportunità di sviluppo.

Per ottenere un quadro sull'attuale diffusione delle coperture sanitarie integrative sono stati utilizzati i dati relativi ai bilanci delle famiglie italiane raccolti dalla Banca d'Italia[5]. Secondo tale fonte, il 6,6% delle famiglie italiane risulta aver pagato un premio per l'assistenza sanitaria integrativa nel corso del 2002.

Considerando, su tale quota, anche le famiglie che pur non avendo pagato direttamente il premio[6] hanno beneficiato comunque di tali forme di assistenza, si può stimare che la per-

for a number of professional categories, for whom it can be assumed that the opportunity cost of time has a greater incidence.

Supplementary health-care assistance (SHCA) is much more developed in the regions of northern Italy and in certain central regions. In fact, only 10,0% of Italian families benefit from such services. SHCC is offered both by enterprises operated for profit and by non-profit organisations.

It has been observed that the results in recent years of the overall technical account of the health-care branch, which also includes risks transferred from non-profit organisations, have shown consolidated losses for insurance companies.

This overall trend, which affects all but a handful of specialised companies, is made sustainable by the fact that the various companies frequently offer health-care coverage at the request of their existing clients, as a complement to the insurance services supplied by other, more profitable branches.

SHCA accounts for total medical spending of 1.272 billion €. Had these services been supplied by the NHS, they would have cost the state budget, without taking into account the fixed costs involved in handling the greater demand, 933 million €. The presence of SHCC, on the other hand, makes a positive contribution of approximately 244 million € to the coffers of the State, thanks to both direct taxes and the tax flow on the intermediate resources.

In other words, SHCC, in addition to guaranteeing access to the private structures that best reflect individual preferences, does not represent a significant cost for the State. The expense of doubling the portion of private health-care spending financed by the funds, with a resulting reduction in out of pocket spending, would not be extremely high, in light of the resulting advantages in terms of equita-

[4] *In relazione a tale argomento esistono delle stime molto eterogenee. Secondo Mossialos e Thomson (2002) tale quota risulta essere del 95,9%, mentre secondo altri Bifone (2004) e Nannini (2004) la stessa è del 90%. Per Nomisma (2003) è verosimile considerare che meno del 10% della spesa sanitaria privata è coperta da fondi, mutue, casse ed assicurazioni private.*

[5] *Banca d'Italia (2004)*

[6] *Perché ad esempio il premio è stato pagato dal datore di lavoro (come benefit retributivo) o nel caso in cui il premio sia pagato indirettamente in conseguenza dell'iscrizione a certi ordini professionali.*

centuale complessiva delle famiglie italiane assicurate per l'assistenza sanitaria integrativa nel 2002 sia stata di circa il 10%[7]. L'analisi dei dati evidenzia, come era presumibile, una crescente propensione per tali coperture all'aumentare del reddito, ma anche del numero dei componenti del nucleo familiare ed in base alla professione svolta dal capofamiglia. Fra i lavoratori autonomi o i liberi professionisti è ad esempio molto probabile la presenza di una copertura sanitaria. Infine anche la residenza sembra un fattore esplicativo: si segnala una maggiore (e statisticamente significativa) concentrazione di tali coperture nelle Regioni del Nord ed in alcune del Centro, mentre risultano molto poco presenti in quelle del Sud[8].

Esiste poi una forte associazione di acquisto fra coperture sanitarie integrative ed altre forme di garanzie assicurative e previdenziali. Fra le famiglie del campione analizzato che pagano un premio per disporre di una copertura sanitaria integrativa, il 51,4% possiede anche un'altra polizza del comparto dei Rami Danni ed il 51,7% possiede almeno una polizza vita o un fondo pensione. Fra i non possessori tali percentuali scendono al 13,7% per le polizze di altri Rami Danni[9] e al 20,9% per le polizze vita e fondi pensione.

Rapportando i dati relativi alla presenza, su base regionale, di coperture per l'assistenza sanitaria integrativa ad alcuni indicatori di qualità del SSN, percepiti dai consumatori, è possibile fare alcune considerazioni. Nelle Regioni in cui è più alta la presenza di coperture per l'assistenza sanitaria integrativa esiste generalmente anche una maggior soddisfazione per l'assistenza medica ospedaliera (Vedi tabella 3). Non sembra quindi possibile assumere l'insoddisfazione per la performance dell'assistenza clinica pubblica quale determinante per la scelta di poter usufruire di professionisti privati tramite una copertura sanitaria integrativa.

ble treatment; for that matter, were it also possible to avoid duplication of the services supplied, which generates costs, through a greater integration between public service and private supply, then the manoeuvre would not require additional spending.

At the same time, it should be reiterated that the majority of the guarantees provided by SHCC consist of reimbursements for services that are already provided by the NHS. Apart from the motives of inefficiency referred to earlier, and in light of the low profitability of insurance companies in this branch, there would not appear to be significant margins for the future development of this coverage, as long as the current tax system and the structure of the NHS remain intact. It is only right that greater efficiency in the system be pursued through a clarification of the role of the different fundamental components of the health-care system. Various approaches can be proposed to favour the growth of SHCC. One option is definitely to provide incentives for the demand for insurance, with the services and quality offered by the NHS remaining unchanged, through a further reduction in the tax pressure on the resources used for premiums or contributions for private health-care assistance. A second option would be to consider reducing the services offered by the NHS while providing tax subsidies for forms of private self-coverage, which should be focussed on exclusive areas of service. In this case a set of unequivocal regulations would be needed to guarantee equal opportunity of access, as well as a minimum level of quality, for the services left exclusively to SHCC.

In addition, criteria would have to be stipulated for this change in the supply of health-care services by the State, which would definitely be in keeping with the new political/social objectives.

[7] *A tale stima si è arrivati mediante una elaborazione sulla composizione dei Fondi esposta da Nomisma (2003). Dello stesso parere Bifone (2004). E' comunque da segnalare che esistono degli studi che segnalano valori maggiori del 15%. Già il Rapporto annuale ISTAT (1999) evidenziava che la percentuale di cittadini che dichiaravano di essere assicurati contro gli infortuni ed i rischi sanitari era del 14,8%.*

[8] *La tabella 1 contiene i risultati dell'analisi multivariata condotta.*

[9] *Non è stata considerata nei Rami Danni l'RC auto obbligatoria per legge*

Tabella 1 - Le determinanti del possesso di polizze sanitarie

	Coef.	Std.	Z	P>|z|
Reddito	.000012	1.88e-06	6.39	0.000
Numero Componenti del Nucleo Familiare	.1095672	.0436756	2.51	0.012
Professione				
Impiegato	.4645558	.1918754	2.42	0.015
Insegnante di qualunque tipo di scuola	.5621526	.3125994	1.80	0.072
impiegato direttivo/quadro	.6225685	.280679	2.22	0.027
Dirigente, Alto funzionario, Preside, Direttore Didattico, Docente Universitario, Magistrato	.8212987	.3425724	2.40	0.017
Libero Professionista	1.533404	.2308349	6.64	0.000
Imprenditore individuale	.9089436	.382634	2.38	0.018
Lavoratore Autonomo/Artigiano	1.186413	.2116711	5.60	0.000
Titolare o caudiuvante impresa familiare	1.532347	.2795166	5.48	0.000
Socio/Gestore di società	1.699227	.290606	5.85	0.000
In cerca di prima occupazione	.4772256	1.043185	0.46	0.647
Disoccupato	.5067446	.4223371	1.20	0.230
Casalinga	-.152373	.2861333	-0.53	0.594
Pensionato da Lavoro	.081365	.1705467	0.48	0.633
Pensionato non da lavoro (invalidità/reversibilità/sociale)	-.8462625	.3716003	-2.28	0.023
Studente	.659036	.6350038	1.04	0.299
Militare	-.0106316	1.050701	-0.01	0.992
Regione di Appartenenza				
VALLE D'AOSTA	-.4135599	.1048631	-0.39	0.693
LOMBARDIA	.0618107	.1781296	0.35	0.729
TRENTINO	-1.820889	.7313584	-2.49	0.013
VENETO	.3605885	.1935632	1.86	0.062
FRIULI	.5668519	.236594	2.40	0.017
LIGURIA	-.1735153	.2418567	-0.72	0.473
EMILIA ROMAGNA	.1690201	.1829484	0.92	0.356
TOSCANA	-.4429273	.22605	-1.96	0.050
UMBRIA	.4095902	.2375282	1.72	0.085
MARCHE	.1425345	.221813	0.64	0.520
LAZIO	-1.161773	.3099703	-3.75	0.000
ABRUZZI	-1.054162	.4110633	-2.56	0.010
CAMPANIA	-3.389505	.7235835	-4.68	0.000
PUGLIA	-1.643493	.4090345	-4.02	0.000
CALABRIA	-1.466384	.5283027	-2.78	0.006
SICILIA	-1.726508	.3504328	-4.93	0.000
SARDEGNA	-2.560352	.7253133	-3.53	0.000
Costante	-3.395511	.2260687	-15.02	0.000

Fonte: elaborazione su Dati Banca d'Italia (2004)

Tabella 2 - La diffusione dell'assistenza integrativa, reddito ed altre coperture assicurative e previdenziali

		Reddito medio disponibile netto individuale		% di famiglie in possesso di polizza danni		% famiglie in possesso di almeno una polizza vita o fondo pensione	
DESCRIZIONE REGIONE	% famiglie con copertura sanitaria integrativa	già possessori di copertura sanitaria integrativa	non possessori di copertura sanitaria integrativa	già possessori di copertura sanitaria integrativa	non possessori di copertura sanitaria integrativa	già possessori di copertura sanitaria integrativa	non possessori di copertura sanitaria integrativa
PIEMONTE	8,10%	€ 14.659,22	€ 11.449,89	69,80%	26,10%	41,27%	23,15%
VALLE D'AOSTA	4,50%	€ 16.578,04	€ 12.826,00	0,00%	0,00%	0,00%	9,52%
LOMBARDIA	10,40%	€ 18.006,05	€ 13.295,58	66,00%	21,00%	48,94%	28,11%
TRENTINO	1,60%	€ 15.325,60	€ 11.456,08	100,00%	44,90%	50,00%	42,52%
VENETO	13,10%	€ 15.988,18	€ 11.286,95	55,90%	23,00%	63,24%	27,37%
FRIULI	14,80%	€ 16.180,77	€ 13.640,36	77,10%	49,30%	71,43%	37,31%
LIGURIA	7,80%	€ 17.251,46	€ 13.686,11	51,70%	14,60%	44,83%	18,37%
EMILIA ROMAGNA	11,90%	€ 18.183,78	€ 14.100,98	42,40%	18,20%	51,76%	23,45%
TOSCANA	6,40%	€ 18.492,32	€ 12.842,47	50,00%	16,10%	58,33%	24,86%
UMBRIA	12,20%	€ 11.086,06	€ 10.520,38	30,30%	13,90%	54,55%	32,49%
MARCHE	10,30%	€ 11.400,10	€ 11.022,29	28,20%	15,00%	41,03%	32,35%
LAZIO	3,10%	€ 15.447,45	€ 9.522,67	28,60%	4,50%	64,29%	25,73%
ABRUZZI	3,00%	€ 10.952,83	€ 9.424,86	28,60%	2,70%	28,57%	20,54%
MOLISE	...	...	...	...	...	...	16,47%
CAMPANIA	0,30%	€ 5.170,47	€ 6.183,07	0,00%	1,40%	0,00%	6,70%
PUGLIA	1,70%	€ 10.231,80	€ 7.030,37	0,00%	1,00%	42,86%	11,08%
BASILICATA	...	...	€ 8.943,11	...	7,70%	...	20,51%
CALABRIA	2,00%	€ 8.347,97	€ 6.645,34	50,00%	3,00%	25,00%	12,06%
SICILIA	1,50%	€ 10.404,71	€ 7.100,36	20,00%	3,30%	70,00%	10,08%
SARDEGNA	0,70%	€ 3.683,92	€ 8.682,28	0,00%	0,30%	0,00%	6,78%
TOTALE ITALIA	6,60%	€ 15.592,78	€ 10.298,98	51,40%	13,70%	51,79%	20,96%

Fonte: elaborazione su dati Banca d'Italia (2004)

Non risultano invece essere smentiti i vari studi proposti in letteratura che utilizzano i tempi di attesa come variabile significativa per la domanda di servizi sanitari privati[10].
È infatti generalmente vero che in Regioni in cui i tempi di attesa sono più elevati, la percentuale di persone che pagano volontariamente un premio per l'assistenza sanitaria privata aumenta. Ad esempio, nella Regione Veneto, dove si riscontra un'alta percentuale di famiglie con coperture sanitarie integrative (13,1%) ed una percentuale di persone molto soddisfatte dell'assistenza medica ospedaliera, i tempi di attesa risultano essere più elevati della media. Nel 2002 si sono sottoposti a visita specialistica in struttura pubblica, entro 15 giorni seguenti la prenotazione (o hanno fissato per convenienza una data differente), solo il 90,9% degli assistiti contro il 94,9% a livello Italia. Mentre hanno effettuato un accertamento diagnostico, entro 6 giorni dalla prenotazione (o hanno fissato per convenienza una data differente), il 65,5% dei pazienti contro il 71,6% a livello Italia (vedi tabella 3).

6.3 L'offerta nell'assistenza sanitaria integrativa

La spesa sanitaria privata può essere distinta in compartecipazione alla spesa sanitaria pubblica per quei beni o servizi che rimangono a carico del paziente (ticket), spese per beni o servizi non garantiti dal SSN (odontoiatria ed altri servizi) e spesa per beni e servizi che i pazienti preferiscono acquistare privatamente nonostante siano garantiti dal SSN. In particolare è da sottolineare come una quota molto ampia della spesa sanitaria privata si riferisca a beni e servizi già offerti dal SSN[11]. Ciò è presumibilmente dovuto tanto alle caratteristiche dell'offerta pubblica che presenta certamente delle aree di inefficienza (e che spinge ad un trasferimento di consumo sanitario nel privato), quanto alla propensione soggettiva per servizi privati a pagamento a prescindere dall'offerta pubblica stessa[12].
Il pagamento diretto della prestazione non è l'unico modo per beneficiare dei servizi sanitari privati. È infatti possibile, attraverso il pagamento di un premio periodico, valersi delle garanzie offerte sia dalle Compagnie di Assicurazioni, che operano secondo logiche di mercato (enti *profit*), sia da altri operatori (Società di Mutuo Soccorso, Fondi di Categoria, Casse aziendali, Casse Professionali e Casse Edili) che si ispirano essenzialmente a prin-

[10] *Mireia Jofre Bonet (2000); Timoty Besley, John Hall, Ian Preston (1999)*

[11] *Tale fenomeno era stato già evidenziato da Piperno (1997). I dati esposti da Piperno evidenziavano che il 54% della spesa sanitaria privata si riferiva a beni e servizi già offerti dal SSN. Lo studio indicava l'importanza di una opportuna stimolazione delle attitudini e preferenze soggettive da parte dell'offerta privata piuttosto che lo stato stesso dell'offerta pubblica. In particolare il 50% del consumo privato nel caso di ricoveri e specialistica e l'80% nel caso di accertamenti diagnostici non dipendevano dall'offerta pubblica e dal suo funzionamento, ma risultavano essere solo funzione dell'offerta privata, vale a dire dal fatto che c'erano professionisti disponibili a soddisfare una domanda in regime libero-professionale. Per la restante parte, pari rispettivamente al 50% nel caso di ricoveri e specialistica e al 20% per gli accertamenti diagnostici, il consumo privato sembrava dipendere da altre cause.*

[12] *È comunque evidente che le propensione soggettiva per la spesa privata sia funzione anche del livello dei ticket necessari per il contenimento della spesa pubblica e del moral hazard.*

Tabella 3 - La diffusione dell'assistenza integrativa e indicatori di qualità dell'offerta pubblica

DESCRIZIONE REGIONE	% famiglie con copertura sanitaria integrativa	Persone molto soddisfatte dell'assistenza medica ospedaliera	% visite specialistiche effettuate entro 15 giorni dalla prenotazione	% accertamenti effettuati entro 6 giorni dalla prenotazione
PIEMONTE	8,1%	48,6%	80,9%	63,7%
VALLE D'AOSTA	4,5%	39,0%	94,2%	60,6%
LOMBARDIA	10,4%	42,6%	95,3%	68,5%
TRENTINO	1,6%	61,8%	93,9%	72,3%
VENETO	13,1%	42,0%	90,9%	65,5%
FRIULI	14,8%	58,2%	89,9%	65,6%
LIGURIA	7,8%	38,2%	96,6%	60,7%
EMILIA ROMAGNA	11,9%	50,8%	92,8%	59,7%
TOSCANA	6,4%	44,6%	93,4%	69,6%
UMBRIA	12,2%	34,7%	95,5%	69,2%
MARCHE	10,3%	29,3%	95,1%	67,4%
LAZIO	3,1%	32,1%	96,1%	73,6%
ABRUZZI	3,0%	22,2%	97,7%	74,6%
MOLISE	....	27,2%	98%	76,1%
CAMPANIA	0,3%	26,9%	98,1%	87,4%
PUGLIA	1,7%	19,2%	97%	78,3%
BASILICATA	....	24,2%	95,8%	71,1%
CALABRIA	2,0%	25,7%	97,2%	78,2%
SICILIA	1,5%	23,1%	95,9%	82,9%
SARDEGNA	0,7%	30,7%	95,8%	73,1%
TOTALE ITALIA	6,6%	35,8%	94,9%	71,6%

Fonte: elaborazione su dati Banca d'Italia (2004) ed ISTAT (2002)

cipi mutualistici (enti *non profit*).

Il settore *non profit* opera generalmente a ripartizione. Nel momento in cui le risorse degli iscritti non dovessero essere sufficienti a finanziare i sinistri, il sistema non sarebbe più in grado di erogare le prestazioni promesse, a meno di non aumentare il premio (contribuzione) degli iscritti stessi. Le Compagnie di Assicurazione fondano invece il rapporto con gli assicurati sull'impegno contrattuale ad erogare prestazioni predeterminate ed operano con il concorso di mezzi propri. Qualora i premi versati degli assicurati non fossero sufficienti a coprire le richieste di indennizzo, le Compagnie sarebbero comunque costrette a far fronte a tali richieste con il contributo di riserve di capitale che la normativa impone a tali Società di detenere come garanzia.

I due settori, pur offrendo dei servizi molto simili, non si presentano necessariamente

Tabella 4 - I rischi gestiti dagli operatori *profit* e *non profit*

	Assicurati		Sinistri		Premi		Premi /sinist.	Premi /spesa
Totali	5.539.615	100,0%	1.272,00	100,0%	1.616,60	100,0%	1,27	5,3%
Polizze individuali	1.767.962	31,9%	457,92	36,0%	712,07	44,0%	1,56	1,9%
Mutue	589.321	10,6%	127,20	10,0%	141,33	8,7%	1,11	0,5%
Fondi	3.182.332	57,4%	686,88	54,0%	763,20	47,2%	1,11	2,9%
Polizze dei fondi riassicurate	1.885.826	34,0%	410,83	32,3%	457,19	28,3%	1,11	1,7%
Polizze dei fondi non riassicurate	1.296.506	23,4%	276,05	21,7%	306,01	18,9%	1,11	1,2%
Compagnie	3.653.789	66,0%	868,75	68,3%	1.169,25	72,3%	1,35	3,6%
Mutue e fondi	3.771.653	68,1%	814,08	64,0%	904,53	56,0%	1,11	3,4%
Mutue e fondi non riassicurati	1.885.826	34,0%	403,25	31,7%	447,34	27,7%	1,11	1,7%

Fonte: elaborazione su dati di mercato 2002

concorrenti. Spesso le Compagnie di Assicurazione garantiscono coperture addizionali a quelle offerte dal settore *non profit* (ad esempio le cosiddette diarie) o assicurano gli stessi enti non *profit*.

In questo lavoro, utilizzando i dati di mercato del 2002, è stato ricostruito il quadro dei rischi gestiti dagli operatori *profit* e *non profit*, sulla scia di precedenti stime[13] (vedi tabella 4).

Nella simulazione si è considerato che circa il 50% degli enti non profit trasferisce, in parte o integralmente, il rischio assicurativo alle Compagnie di Assicurazione[14]. Pertanto, solo una parte dei 1.428 milioni di euro di premi incassati dalle Compagnie di Assicurazione è attribuibile a polizze individuali.

Altri elementi rilevanti riguardano la quota dei sinistri che è lasciata in carico agli iscritti, che si è ipotizzata essere del 10,0% per le polizze individuali e del 25,0% in quelle collettive, oltre al rapporto premi/sinistri che per le compagnie risulta essere pari a 1,35 secondo dati ANIA

[13] *Bifone (2004); Nomisma (2003); Mastrobuno (1999); Matrobuono e Pompili (1998)*

[14] *Bifone (2004) stima che fra le persone che aderiscono ad un Fondo, il 50% è iscritta ad un Fondo assicurato.*

Tabella 5 - Le prestazioni erogate dagli enti profit e non profit

Prestazioni	Polizze individuali		Fondi	
	Casi gestiti (%)	Incidenza dei costi (%)	Casi gestiti (%)	Incidenza dei costi (%)
Prestazioni fornite da privato comprese nel SSN	**60,6%**	**79,2%**	**59,1%**	**55,3%**
Ricoveri ed Interventi chirurgici	17,3%	72,5%	11,0%	29,5%
Visite specialistiche ed Accertamenti diagnostici	43,3%	6,7%	48,1%	25,9%
Prestazioni erogate dal SSN per la quota a carico dell'assicurato	**18,4%**	**0,8%**	**5,5%**	**6,9%**
Ricoveri ed Interventi chirurgici	6,5%	0,5%	1,2%	2,3%
Visite specialistiche ed Accertamenti diagnostici	7,6%	0,2%	4,3%	4,6%
Farmaci (Ticket)	4,3%	0,1%	0,0%	0,0%
Prestazioni fornite da privato non fornite da SSN	**5,8%**	**1,9%**	**29,5%**	**29,6%**
Cure odontoiatriche	0,4%	0,2%	15,7%	17,1%
Medicina alternativa	1,1%	0,3%	4,9%	2,6%
Farmaci	2,2%	0,1%	0,5%	0,2%
Interventi di chirurgia estetica	1,1%	1,3%	8,4%	9,7%
Altro	1,1%	0,1%	0,0%	0,0%
Altre prestazioni	**15,2%**	**18,1%**	**6,0%**	**8,2%**
Totale	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**

Fonte: elaborazione su dati NOMISMA (2003) e campione 3000 polizze

(Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici), mentre si è adottato il valore di 1,1 per mutue e fondi seguendo quanto dichiarato nello studio NOMISMA (2003) citato.
Sia il settore *profit* che quello *non profit* garantiscono comunque prestazioni simili che comprendono essenzialmente il rimborso delle spese per ricoveri ospedalieri, le visite specialistiche, gli accertamenti diagnostici, le protesi ed altre prestazioni di tipo socio-sanitario come le indennità erogate nel caso di inabilità temporanea, ricovero, invalidità permanente o perdita dell'autosufficienza.
Per analizzare le prestazioni tipiche dei due settori sono state messe a raffronto le garanzie erogate da alcune Compagnie di Assicurazione e quelle di un campione di Fondi Sanitari[15]. Ne è emersa l'esistenza di una forte sovrapposizione fra le prestazioni sanitarie garantite dal SSN e quelle erogate, attraverso la sanità integrativa volontaria, da istituti di cura privati. In particolare, con l'aiuto della Tabella 5, è possibile notare che sia per le polizze individuali che per i Fondi, le prestazioni fornite da istituti di cura privati, già comprese nel SSN,

[15] *La stima delle prestazioni erogate dalle Compagnie di Assicurazione si basa su un campione di polizze individuali ed una osservazione di 3.000 sinistri. Per le prestazioni dei Fondi sono stati invece elaborati i dati dello studio prodotto da Nomisma (2003).*

riguardano circa il 60,0% del totale dei casi gestiti, con una incidenza di tali costi sul totale sinistri che raggiunge il 79,2% nel caso delle polizze individuali[16].
È comunque doveroso sottolineare come i Fondi, più che le polizze individuali, partecipino al finanziamento privato di prestazioni non garantite dal SSN (cure odontoiatriche, medicina alternativa, farmaci, chirurgia estetica ecc.) per una quota di circa il 29% dei loro impegni.
Sia i Fondi che le polizze individuali analizzate garantiscono anche prestazioni diverse dal rimborso delle spese sanitarie. Fra tali prestazioni, che rappresentano il 18,1% dei sinistri pagati dalle Compagnie e circa l'8,2% degli impegni dei Fondi, rientrano quelle erogate per invalidità permanente, le diarie per i giorni di ricovero e quelle per *Long Term Care*.
Il mercato degli operatori *profit* è caratterizzato da una forte concentrazione dell'offerta[17]. Il 53,9% dei premi per polizze sanitarie è infatti raccolto da dieci delle oltre cento imprese che operano nel Ramo Malattia[18].
È importante rilevare come il Ramo Malattia sia in sofferenza. Nei diversi anni sta infatti consolidandosi un andamento negativo del rapporto oneri per sinistri su premi di competenza (S/P): nel 2002 tale rapporto è stato del 75,7% e il Risultato del Conto Tecnico Complessivo ha evidenziato una perdita di 22 milioni di euro[19]. L'andamento negativo del Ramo, tranne i casi di alcune società specializzate, è presumibilmente tollerato dal solo fatto che le coperture sanitarie sono spesso offerte dalle Compagnie, su richiesta dei propri clienti, per completare il servizio assicurativo prestato su altri rami redditizi.

6.4 La Normativa fiscale

L'art. 9 del D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229 definisce i nuovi "fondi doc". L'attuale quadro normativo di riferimento dei Fondi Sanitari è costituito inoltre dal D.Lgs. 18 febbraio 2000 n. 41 che riforma la disciplina fiscale dei contributi di assistenza sanitaria e dal D.Lgs 314/1997 che regola il regime contributivo. La fiscalità dei contributi versati per le Società di Mutuo Soccorso è invece regolamentata dal D.Lgs. 4 dicembre 1997, n. 460.
Precedentemente al D.Lgs. n. 41/2000, tutti i contributi di assistenza sanitaria erogati per disposizione di contratti, accordi o regolamenti aziendali e versati dal datore di lavoro o dal lavoratore dipendente a Fondi Sanitari (integrativi o sostitutivi del Servizio Sanitario Nazionale) non concorrevano alla formazione del reddito se inferiori ad euro 3.165 annui.

[16] *Tale risultato è in linea con quanto rilevato in altre indagini sulle forme di previdenza sanitaria integrativa (Mastrobuono e Pompili 1998) da cui risultava come i fondi fossero prevalentemente sostitutivi ed offrissero sostanzialmente le stesse prestazioni del SSN.*

[17] *ANIA (2003).*

[18] *A causa della disomogeneità associativa ed organizzativa è invece più difficile analizzare l'offerta degli enti non profit che operano nel settore dell'assistenza sanitaria. Per un approfondimento vedi Nomisma (2003).*

[19] *Per avere un confronto si noti che nel 2002 il Ramo Infortuni ha avuto un rapporto S/P del 55,6% con un risultato positivo di 321 milioni di euro, mentre per il Ramo Incendio l'S/P è stato del 62,8% sempre con un risultato positivo di 117 milioni di euro. (ANIA 2003).*

Tabella 6: I risultati tecnici del Ramo Malattia

RAMO MALATTIE	1999	2000	2001	2002
Premi contabilizzati	1.163	1.255	1.343	1.428
Variazione riserva premi (-)	15	35	30	26
Oneri relativi a sinistri	869	934	998	1061
Saldo altre partite tecniche	-17	-16	-22	-33
Spese di gestione (-)	311	332	347	363
Saldo tecnico lavoro diretto	**-49**	**-62**	**-54**	**-55**
Utile investimenti	36	40	38	31
Risultato c/tecnico diretto	**-13**	**-22**	**-16**	**-24**
Saldo riassicurazione ed altre partite	-11	4,	5	2
Risultato c/tecnico complessivo	**-24**	**-18**	**-11**	**-22**
Oneri per Sinistri/Premi di competenza	*75,7%*	*76,6%*	*76,0%*	*75,7*

Fonte: elaborazione su dati ANIA (valori in milioni di euro)

Il nuovo regime fiscale, che si riferisce alla generalità dei contribuenti, e non solo ai lavoratori dipendenti, interviene sia sulla disciplina degli oneri deducibili ai fini Irpef (art. 10, comma 1 del TUIR), sia sul regime fiscale dei contributi sanitari versati dal datore di lavoro e dal lavoratore dipendente (art. 48, comma 2 del TUIR). Tale regime garantisce dei vantaggi fiscali sia per i fondi sanitari integrativi definiti nel D.Lgs. n. 229/1999 –"fondi doc"–, sia per quelli non integrativi –"fondi non doc"– fra i quali rientrano evidentemente i regimi di assistenza sanitaria preesistenti.
Il succitato D.Lgs. prevede quindi due differenti regimi fiscali. Per i "fondi doc" è previsto un limite annuo di deducibilità che aumenta progressivamente da un minimo di euro 1.033 nel 2001 (vedi tabella 6), fino ad un massimo di euro 2.066 a decorrere dal 2007. Per i "fondi non doc" il tetto annuo di deducibilità di euro 3.165 diminuisce progressivamente a partire dal 2003, sino ad attestarsi ad euro 1.808 nel 2008.
Il provvedimento consente la cumulabilità dei limiti di deducibilità, nel caso in cui si effettuano versamenti sia a "fondi doc" che ad altri regimi di assistenza sanitaria complementare. In tal caso il limite massimo di deducibilità è fissato in euro 4.648 per gli anni 2001 e 2002 e ridotto ad euro 3.357 a decorrere dal 2007.
Il nuovo regime fiscale continua a non riconoscere alcun beneficio per i premi versati a fronte di polizze di assicurazione malattia, stipulate in modo collettivo o individualmente. Tuttavia, l'assicurato può detrarre dalle imposte risultanti dalla dichiarazione dei redditi il 19% delle spese mediche sostenute, ancorché rimborsate dalla Compagnia di Assicurazione, per la parte eccedente euro 129.
Ai sensi del D.Lgs. 4 dicembre 1997, n. 460 possono inoltre essere detratti i contributi associativi versati dai soci a Società di Mutuo Soccorso operanti nel settore dell'assistenza sanitaria, per un importo pari al 19,0% e non superiore ad euro 1.291.

Tabella 7 - I vantaggi fiscali per l'assistenza sanitaria integrativa

	Fondi doc		Fondi non doc		Cumulo Fondi (limite massimo)		Polizze di Assicurazione		Mutue	
	Premi	Spese	Premi	Spese	Premi	Spese	Premi	Spese	Premi	Spese
Beneficio fiscale ammesso	Deduzione	Nessun Beneficio	Deduzione	Nessun Beneficio	Deduzione	Nessun Beneficio	Nessun Beneficio	Detrazione	Detrazione	Detrazione
2000	-	-	3.615	-	3.615	-	-	19%	19%	19%
2001	1.033	-	3.615	-	4.648	-	-	19%	19%	19%
2002	1.033	-	3.615	-	4.648	-	-	19%	19%	19%
2003	1.549	-	3.099	-	3.357	-	-	19%	19%	19%
2004	1.549	-	2.841	-	3.357	-	-	19%	19%	19%
2005	1.808	-	2.582	-	3.357	-	-	19%	19%	19%
2006	1.808	-	2.324	-	3.357	-	-	19%	19%	19%
2007	2.066	-	2.066	-	3.357	-	-	19%	19%	19%
2008	2.066	-	1.808	-	3.357	-	-	19%	19%	19%

Fonte: elaborazione propria

È utile precisare che le spese sanitarie rimborsate dai Fondi non possono essere portate in detrazione, se non per la quota non rimborsata da tali enti per effetto di franchigie o limiti di garanzia.
Oltre alle agevolazioni fiscali sopra descritte, i fondi sanitari istituiti da contratto di lavoro o regolamento aziendale (integrativi e non) godono di una ridotta aliquota di contribuzione sociale in base al D.Lgs. n. 314/1997. Infatti, il versamento del datore di lavoro è soggetto ad un contributo di solidarietà del 10,0% a favore dell'Inps, anziché alla contribuzione ordinaria, mentre il versamento del lavoratore è assoggettato a contribuzione ordinaria ai fini pensionistici ed entra quindi a far parte della retribuzione pensionabile.

6.5 L'impatto dell'assistenza sanitaria integrativa sui conti pubblici

Integrando i risultati di vari lavori presenti in letteratura, con le evidenze raccolte su un campione di dati di mercato, è stato stimato l'impatto dell'assistenza sanitaria integrativa sui conti pubblici. A tale scopo è stata ricostruita l'attuale situazione relativa alle assicurazioni sanitarie e confrontata con uno scenario in assenza di queste. Ne è emerso un quadro che, in via di principio, è di sostanziale neutralità (o di leggero vantaggio per i conti pubblici nella situazione attuale rispetto a quella in totale assenza di coperture assicurative); il risultato è spiegato dal fatto che il "costo" degli incentivi fiscali è controbilanciato dai minori costi per prestazioni che sarebbero comunque a carico del SSN. Anche qualora si ipotizzasse una prevalenza di costi fissi per il SSN, e di conseguenza si valutassero tali minori costi solo al 30,0% (Ip B in Tabella 8), il costo dell'incentivo globalmente riconosciuto alle assicurazioni volontarie supererebbe di poco i 400 milioni di euro, pari a meno del 2,0% di tutta le spesa sanitaria privata.

In particolare, per ricostruire la stima, sono state considerate soltanto le garanzie relative al rimborso delle spese per prestazioni sanitarie[20] ed è stata posta una omogeneità tariffaria del servizio pubblico e degli operatori privati. Si è assunto inoltre che il ricorso a prestazioni sanitarie private sia possibile solo attraverso l'intermediazione degli enti *profit* e *non profit*.
Nell'analisi sono stati attribuiti al datore di lavoro il 75,0% dei contributi versati a Fondi, Casse e Mutue, mentre il restante 25,0% è stato ipotizzato pagato dagli stessi lavoratori. L'aliquota marginale IRPEF ed il gettito fiscale e contributivo è stato stimato in base alle retribuzioni del campione di assicurati considerato[21].
Da quanto esaminato si evidenzia che la presenza di coperture sanitarie integrative permette una riduzione degli oneri sociali per 187 milioni di euro e minori imposte sui redditi per 166 milioni di euro. Le imposte relative ai premi pagati per tali prestazioni ammontano a circa 40 milioni di euro. Tale importo sarebbe stato ovviamente nullo in assenza di coperture sanitarie. La presenza di enti *non profit* permette inoltre una minore detrazione complessiva sulle spese rimborsate di circa 97 milioni di euro a vantaggio delle casse pubbliche. L'effetto dei premi incide per 446 milioni di euro sulla deducibilità, mentre per 26 milioni di euro per la parte detraibile. Quindi, nell'ipotesi di una struttura flessibile dei costi del SSN (Ip A in Tabella 8), considerando il valore aggiuntivo delle prestazioni che verrebbero richieste alla sanità pubblica, il differenziale fra entrate ed uscite ammonterebbe a circa 244 milioni di euro.
È doveroso precisare che le nostre conclusioni non concordano con altre analisi e in particolare con un recente studio condotto dall'Osservatorio della Terza età, secondo il quale l'assistenza sanitaria integrativa avrebbe invece un impatto negativo sui conti pubblici di circa 4 miliardi di euro l'anno[22].
I differenti risultati sono in larga misura attribuibili al diverso approccio, e ad alcune ipotesi e dati di partenza adottati nel lavoro citato.
In particolare non si è ritenuto di adottare il dato che assume una raccolta dei Fondi pari a 4,6 miliardi di euro che, sommati a quelli delle Compagnie di Assicurazione, porterebbe ad un totale di 6 miliardi di euro l'insieme dei contributi per l'assistenza sanitaria integrativa. Tale risultato, associato al numero di persone assicurate porterebbe infatti ad un premio medio individuale di circa 700 euro, che sembra estremamente elevato secondo le evidenze, seppure parziali, che sono disponibili.
Inoltre nel nostro studio si è allargato lo spettro di analisi a tutte le tipologie di assistenza prestate e non alla semplice copertura di spese per ricoveri ospedalieri, che rappresentano solo una quota dei sinistri indennizzati. Peraltro non sembra neppure del tutto condivisibile assumere, come nello studio citato, un tasso di ospedalizzazione della

[20] *Non sono state quindi considerate le diarie per ricovero, le indennità per l'Invalidità Permanente le LTC garantite da Compagnie di Assicurazione ed enti non profit.*

[21] *Banca d'Italia (2004).*

[22] *Osservatorio della Terza età (2004), Fattori di impoverimento del Sistema Sanitario Nazionale.*

popolazione assicurata pari a quello della popolazione generale, anche alla luce delle evidenze sopra riportate sulle caratteristiche peculiari (in particolare dell'età) dei possessori di polizza sanitaria.
I risultati della presente analisi evidenziano quindi che il ricorso all'assistenza sanitaria integrativa non rappresenta un reale onere per le casse pubbliche. Ciò non toglie, però, che la duplicazione delle prestazioni rappresenta una evidente inefficienza del sistema nel suo complesso, con conseguenti costi fissi che potrebbero essere ridotti: evidentemente questo richiede una definitiva chiarificazione sul reale contenuto della specificazione integrativa adottata dal legislatore per i fondi sanitari.
Si è ulteriormente proceduto a stimare l'impatto sulle casse pubbliche di un raddoppio delle coperture assicurative erogate da Fondi rispetto ai valori attuali. Si noti che allo stato attuale le forme di incentivazione utilizzabili per ottenere un risultato del genere risiedono più nella chiarificazione dei ruoli dell'assicurazione integrativa, che non in incrementi della detraibilità; in particolare quella dei premi sembra ancora sufficiente nella maggioranza dei casi.
Il risultato della nostra simulazione è che un raddoppio della copertura assicurativa (che pur essendo un incremento molto rilevante, ancora lascerebbe l'Italia con una quota di spesa *out of pocket* fra le più alte a livello internazionale) costerebbe nell'ipotesi peggiore (scontando quindi che solo il 30,0% dei costi delle prestazioni erogate da privati, qualora ricondotte nell'ambito del settore pubblico, andrebbe a rappresentare un costo aggiuntivo) circa 500 milioni di euro in più rispetto alla situazione attuale, pari al 4% della spesa sanitaria privata. Tale onere peraltro si annullerebbe qualora si potesse evitare la duplicazione di offerta e quindi dei costi, mediante una maggiore integrazione fra servizio pubblico e settore privato.

6.6 Considerazioni finali

Le motivazioni per le quali i consumatori preferiscono rivolgersi al settore privato, direttamente o attraverso l'assicurazione sanitaria integrativa, sono riconducibili ad esigenze di flessibilità. I vantaggi qualitativi percepiti non sembrano infatti legati alla performance dell'assistenza clinica, quanto piuttosto ai servizi ad essa correlati: possibilità di evitare liste di attesa, riduzione di incertezze sul momento di somministrazione delle cure, possibilità di scegliere il medico, sistemazione "alberghiera" più confortevole e una più accurata informazione. Nelle Regioni con una più ampia presenza di coperture di assistenza sanitaria integrativa, risulta infatti maggiore l'incidenza delle liste di attesa di alcuni servizi sanitari pubblici. Tale preferenza è accentuata per alcune figure professionali (lavoratori autonomi e liberi professionisti) per cui è possibile ipotizzare una maggiore incidenza del costo opportunità del tempo.
La presenza di coperture per l'assistenza sanitaria integrativa è molto più sviluppata nelle Regioni del Nord e in alcune del Centro, ma risulta nel complesso ancora molto limitata. Solo il 10% delle famiglie italiane beneficiano infatti di tali prestazioni. L'offerta di coperture di assistenza sanitaria integrativa è prestata sia da enti *for profit* (Compagnie di Assicurazione) sia da enti *non profit* (Società di Mutuo Soccorso, Fondi di Categoria, Casse aziendali, Casse Professionali e Casse Edili).

Tabella 8: L'impatto dell'assistenza sanitaria integrativa sui conti pubblici (Valori in milioni di euro)

	Situazione attuale		Con raddoppio coperture dei Fondi	
	Ip. A	Ip. B (costi fissi 70%)	Ip. A	Ip. B (costi fissi 70%)
Oneri sociali	- 187,42	- 187,42	-345,55	-345,55
Imposte su redditi	- 166,99	- 166,99	-307,89	-307,89
Imposte su premi polizze	40,41	40,41	59,49	59,49
Minori imposte per detrazione spese	97,88	97,88	195,76	195,76
Minori imposte per detrazione premi	- 26,85	- 26,85	-26,85	-26,85
Deducibilità premi	- 446,75	- 446,75	-893,49	-893,49
Costi aggiuntivi – SSN	933,75	280,12	1.347,83	404,35
Saldo (Entrate-Uscite) per lo Stato	**244,03**	**- 409,59**	**29,30**	**- 914,18**
Saldo su spesa sanitaria privata	**1,0%**	**-1,7%**	**0,1%**	**-3,8%**

Fonte: elaborazione su dati di mercato (2002)

Si è notato come il risultato del Conto Tecnico Complessivo del Ramo Malattia, in cui debbono essere considerati anche i rischi trasferiti da gli enti *non profit*, in questi ultimi anni evidenzia delle perdite consolidate per le Compagnie di Assicurazione.
Tale andamento complessivo, con l'eccezione di alcune società specializzate, è tollerato dal fatto che le coperture sanitarie sono spesso offerte dalle varie Compagnie su richiesta dei propri clienti e per completare il servizio assicurativo prestato su altri rami redditizi.
L'assistenza sanitaria integrativa copre le spese per prestazioni sanitarie per un totale di 1.272 milioni di euro. Tali prestazioni, qualora fossero state erogate dal SSN, senza considerare i costi fissi per fronteggiare una diversa domanda, avrebbero inciso per 933 milioni di euro sul bilancio pubblico. La presenza di sanità integrativa, secondo la stima effettuata, porta invece un contributo positivo di circa 244 milioni di euro per le casse dello Stato grazie alle imposte e al gettito fiscale sulle risorse intermediate.
Le coperture sanitarie integrative, oltre a garantire l'accesso a strutture private che maggiormente riflettono le preferenze individuali, non rappresentano quindi un costo rilevante per lo Stato. L'onere per ottenere un raddoppio della quota di spesa sanitaria privata finanziata dai Fondi, e quindi una conseguente riduzione della spesa *out of pocket*, sarebbe poi non elevatissimo considerando i vantaggi in termini equitativi che comporterebbe; inoltre, se fosse possibile evitare anche la duplicazione dell'offerta e quindi dei costi con una maggiore integrazione fra servizio pubblico e offerta privata, la manovra non richiederebbe oneri aggiuntivi.
Nello stesso tempo si deve ribadire come la maggior parte delle garanzie prestate dalle coperture sanitarie integrative siano costituite comunque da rimborsi per prestazioni già garantite dal SSN. A parte i motivi di inefficienza già ricordati, vista anche la scarsa redditività delle Compagnie di Assicurazione in questo ramo, non appare possibile ipotizza-

re grandi spazi per lo sviluppo di tali coperture, mantenendo l'attuale regime fiscale e la stessa struttura del SSN. Una maggiore efficienza del sistema è doverosamente perseguibile con una chiarificazione sul ruolo dei vari pilastri che compongono il sistema sanitario.
Per favorire la crescita della sanità integrativa si possono ipotizzare varie strade percorribili. Certamente una prima alternativa è quella di incentivare la domanda di assicurazione, mantenendo le stesse prestazioni e qualità offerte dal SSN, attraverso una ulteriore riduzione della pressione fiscale sulle risorse destinate ai premi o contributi per l'assistenza sanitaria privata. Una seconda potrebbe invece considerare una riduzione delle prestazioni offerte dal SSN, sostenendo fiscalmente le forme di autotutela private che dovrebbero indirizzarsi verso aree di prestazioni esclusive. Sarebbe però in questo caso sicuramente necessaria una decisa regolamentazione per garantire comunque l'eguaglianza nelle opportunità di accesso ed una qualità minima delle prestazioni lasciate all'esclusività dell'assistenza sanitaria integrativa.
Occorrerebbe inoltre stabilire dei criteri per questa differente offerta di prestazione di servizi sanitari da parte dello Stato, che dovrebbero certamente trovare un fondamento su nuovi obiettivi politico-sociali.

Bibliografia/References

Ania, (2003), *L'assicurazione italiana nel 2002*, Roma

Bruni, (2002), *Le determinanti della domanda di assicurazioni integrative: un'analisi empirica del caso italiano*, Dipartimento di Scienze Economiche, Università di Bologna.

Banca d'Italia, (2004) *I Bilanci delle famiglie italiane*

Bifone L. (2001), *I fondi sanitari integrativi*, Unisalute, Milano, 28 giugno

Bifone L.(2004), *Evoluzione del Sistema Sanitario, Fondi Sanitari Integrativi e Nuovi Prodotti Assicurativi*, Pavia, 3 maggio

ISTAT (2002), *Indagine Multiscopo sulla famiglia "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari"* 1999-2000

Mastrobuono I., Pompili S. (1998), *Lo stato attuale delle forme integrative di assistenza sanitaria del settore non profit: casse aziendali, fondi di categoria e società di mutuo soccorso*, ASI, n. 27, 6 luglio, 7-28.

Mastrobuono I., (1999), *Le forme integrative di assistenza sanitaria tra passato e futuro*, in Mastrobuono I., Guzzanti E., Cicchetti A., Mazzeo M.C., *Il finanziamento delle attività e delle prestazioni sanitarie*, Il pensiero Scientifico Editore, Roma, 172-435

Mireia Jofre Bonet, (2000), *Public health car and pivate insurance demand:The waiting time as a link*, ealth Care Management Science 3, 51-71

Mossialos E., Thomson S., (2002), *Voluntary Health Insurance in the European Union*, Report for the EU Commission, *London*

Nannini G. (2004), *La riforma sanitaria nel quadro della crisi del Welfare State: le prospettive in Italia e in Europa*, Pavia, 4 maggio .

Nomisma (2003), *I Fondi sanitari integrativi*, Franco Angeli, Milano

Oecd (2004), Health Data 2003 Public expenditure on health % total expenditure on health.

Osservatorio della Terza età (2004), *Fattori di impoverimento del Sistema Sanitario Nazionale*.

Piperno A. (1997), *Mercati Assicurativi ed Istituzioni: La Previdenza Sanitaria Integrativa*, Il Mulino, Bologna

Spandonaro F. (2002), *L'assistenza sanitaria complementare in Italia: un'opportunità da non perdere*, Quaderni di Assoprevidenza, n.7, marzo

Timoty Besley, John Hall, Ian Preston (1999), *The demand for private health insurance: do waiting lists matter?*, Journal of Public Economics 72, 155-181.

Capitolo 7

La sostenibilità della long term care: un confronto internazionale

Donia Sofio A.[1]

7.1 Introduzione

L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno di dimensioni mondiali, che si sta manifestando, con sfumature diverse, in tutti i Paesi, sia in quelli con economie mature, sia in quelli in via di sviluppo. L'aspetto forse più assurdo di questo cambiamento demografico epocale è che anziché essere considerato come un privilegio delle attuali e future generazioni, è molto spesso visto come una incombente catastrofe e i diversi sistemi sanitari, che sono in gran parte gli artefici dell'allungamento della vita media dei loro cittadini, sono vittime del loro stesso successo.

Il motivo principale di questa diffusa preoccupazione è la previsione pessimistica sul rapporto tra invecchiamento della popolazione e spesa sanitaria, nel senso che si ritiene che una percentuale sempre più alta di anziani (sia degli over 65 anni, sia degli over 75 e 80 anni) sarà accompagnata da un aumento di malattie cronico degenerative e richiederà una quantità crescente di risorse per l'assistenza.

La *long term care* e la sua sostenibilità finanziaria sono quindi diventati uno dei principali problemi che i diversi sistemi sanitari devono affrontare, trovando una soluzione, che dipende dall'accurata analisi dei due aspetti del problema: l'effettivo costo sanitario dell'invecchiamento e la tipologia di finanziamento più appropriata per affrontarlo.

Per quanto riguarda il primo aspetto, i possibili *trends* di crescita della spesa sanitaria per la *long term care* dipendono da diverse variabili, quali: il fattore demografico, l'andamento del tasso

[1] *Centre for Health Economics, Stockholm School of Economics, Sweden.*

The sustainability of long term care: an international comparison

Donia Sofio A.[1]

Summary

The ageing of the worldwide population has caused all the countries to worry about an unrestrained increase in health spending, as it is pessimistically believed that the increase in the percentage of the elderly (over 65) and of senior citizens (over 80) is going to be matched by an increase in chronic degenerative illnesses, requiring a growing amount of resources. Therefore, the financial sustainability of long-term care (LTC) has become one of the major problems that the various health systems have to cope with, given that its solution depends on two aspects of the same problem: the actual health cost of ageing and the most appropriate typology of financing to cope with it.

As regards the first aspect, the cause-effect ratio between ageing of the population and increase in health spending depends on the estimated trend of variables that are all correlated, such as the longer life expectancy, the changes in the disability rate, the use of new technologies, the typology of long term care being offered, the social and economic changes, the elderly people's financial autonomy.

Special relevance is attached to the forecasts relative to the disability rate trend, affected to a considerable extent by the debate between epidemiologists and demographers on the expansion or compression of the morbidity of elderly people. While a few studies seemed to support the first hypothesis, outlining catastrophic scenarios, a number of more recent stu-

[1] *Centre for Health Economics, Stockholm School of Economics, Sweden.*

di disabilità, l'incidenza ed uso delle nuove tecnologie, gli aspetti istituzionali e non dal lato dell'offerta, i cambiamenti sociali.
Per quanto riguarda la sostenibilità finanziaria della LTC, bisogna guardare alle modalità di finanziamento (pubblico, privato o misto), ai diversi tipi di servizi offerti, alle modalità di accesso ed alla eventuale compartecipazione ai costi da parte degli utenti.

7.2 Effetti dell'invecchiamento sulla spesa sanitaria

Il rapporto causa-effetto tra invecchiamento della popolazione ed aumento della spesa sanitaria, che sembrava inevitabile sino a qualche anno fa e aveva generato le previsioni catastrofiche a cui si accennava sopra, è stato messo più recentemente in dubbio con argomentazioni di varia natura.
In questo paragrafo cercheremo di fare il punto della discussione, distinguendo gli elementi certi da quelli in cui è presente un grado di incertezza più o meno grande.
Un dato sicuramente inconfutabile è il trend in aumento della percentuale degli over 65 anni sulla popolazione mondiale: tutte le statistiche attuali e le proiezioni per i decenni futuri elaborate dagli organismi internazionali e dai singoli stati avvalorano questa tendenza.
Gli ultimi dati OCSE mostrano che negli ultimi quaranta anni l'aspettativa di vita alla nascita è cresciuta ad un tasso medio di 2/3 mesi l'anno, accompagnata da un declino del tasso di fertilità; come risultato di questi due andamenti la percentuale di popolazione over 80 anni, che è quella che potenzialmente incide di più sulla spesa sanitaria per gli anziani, eccede il 3,0% nella maggior parte dei Paesi membri ed è in continua crescita[2].
Con riferimento all'Unione Europea (comprendente ancora 15 Paesi), le proiezioni Eurostat indicano che il numero di persone di oltre 65 anni aumenterà dai 61 milioni del 2000 ai 103 milioni del 2050, con un aumento di circa il 70,0%, mentre il numero degli oltre 80 anni triplicherà, passando dai 14 milioni del 2000 ai 38 milioni del 2050. Come risultato, il tasso di dipendenza dell'età anziana (definito come percentuale degli anziani oltre 65 anni rispetto alla popolazione attiva dai 15 ai 64 anni) sarà più che raddoppiato, passando dal 24,0% nel 2000 al 49,0% nel 2050 per l'intera UE.[3]
Per quanto riguarda l'Italia, la Relazione biennale al Parlamento sulla condizione dell'anziano per il periodo 2000-2001, presen-

dies seems to strengthen a more optimistic forecast based on the introduction and dissemination of new health technologies and the change in lifestyles.
Another factor that mitigates the impact of the pure demographic ageing is the concentration of health costs at the end of the life of each individual: the inclusion of this variable in the health spending projection models for various countries has proved extremely important for a more careful estimate of the future spending trends.
However, a review of the major studies that looked for empirical verifications of the effects of the various variables on both the total and the LTC specific health spending have highlighted the complexity of the problem and the impossibility of getting to definite results.
In any event, the likely scenarios formulated in a simulation model relating to four countries (Germany, Spain, Italy and United Kingdom) for the European Commission show that the future LTC demand is particularly sensitive to the assumptions made on the future number of elderly persons, the future dependence rates, as well as the likely cost increases.
The state of uncertainty about the future trends of the aforementioned variables does not entail that we are going to witness a spending sustainability crisis occasioned by the demographic ageing, but it does suggest a very flexible health programming that might quickly adjust to changes in the needs of the senior citizens.
As regards the LTC financing, the arrangements vary to a considerable extent in the various countries depending on the different apportionment of public and private funds, and the nature and extent of the risk. In recent years, its sustainability has become critical, as the countries that adopt a contribution-based system were under the pressure of the decrease in the labor force share of the population

[2] *OCSE 2004.*
[3] *Economic Policy Committee, (2001).*

tata dal ministero del Lavoro e delle Politiche sociali mostra che nel 2001 gli ultrasessantacinquenni rappresentano il 18,2% della popolazione complessiva, con un incremento del 10,0% rispetto agli anni '50 in cui erano l'8,2%, ma le proiezioni ISTAT prevedono che nel 2041 la percentuale potrebbe salire al 33,0%. Tra quaranta anni avremmo quindi due anziani per ogni giovane e un grande vecchio (80 anni e più) ogni 9 abitanti.

Di fronte alla concordia tra le diverse fonti statistiche nel prevedere un continuo e crescente invecchiamento della popolazione mondiale (ovviamente i dati previsionali dipendono dalle diverse ipotesi fatte sui trend dei tassi di fertilità, della speranza di vita alla nascita e dei flussi migratori), si pone immediatamente il quesito: che influenza avrà questo fenomeno sulla spesa sanitaria dei vari Paesi? Diciamo subito che la risposta non può essere categorica, né in senso positivo (come spesso si sostiene), né in senso negativo (come sembra emergere da alcune voci nel dibattito), ma dipende dalle previsioni che è lecito fare sull'andamento di altre variabili tutte correlate tra di loro, quali la speranza di vita più lunga, i cambiamenti nel tipo di malattie prevalenti e nel tasso di disabilità, l'utilizzo di nuove tecnologie, la tipologia di assistenza a lungo termine offerta, i cambiamenti socio economici, l'autonomia finanziaria delle persone anziane.

A prima vista, età anziana e salute sembrano strettamente correlate in termini di spesa sanitaria pro capite e per età. Stime OCSE mostrano che, alla fine degli anni '90, in tutti i Paesi la spesa sanitaria per gli over 65 anni era da tre a cinque volte più alta di quella per le persone da 0 a 64 anni ed una percentuale che andava dal 35,0% al 50,0% della spesa sanitaria totale era dedicato alle persone anziane.[4]

Tuttavia, poiché non tutte le variabili sopra citate sono neutrali rispetto all'età ma influenzano i costi dell'assistenza sanitaria per le varie fasce di età in modo diverso, è importante una migliore comprensione degli sviluppi del costo specifico dell'assistenza per fascia d'età, combinato con il cambiamento demografico in relazione all'andamento della spesa sanitaria totale negli anni e in differenti Paesi. In tal modo si potrebbe migliorare l'efficienza nel finanziamento dei sistemi sanitari attraverso un'allocazione più appropriata delle risorse sanitarie tra le fasce di età, mitigando gli effetti puramente demografici.

[4] *Jacobzone S., Oxley, H. (2002).*

further to ageing, while the countries that have a system based on the general taxation may not expect the future takings to finance the expansion of the care offer with no costs for taxpayers or without diverting resources from other goods and services provided by the public sector.

The recent changes in the LTC funding in several OECD countries reflect these difficulties and a few experiences in the international scenario seem particularly significant: in particular the compulsory social insurance and the specific LTC insurance introduced at first in Germany and then in Japan, as well as the personal budget for the elderly in The Netherlands.

In Italy, the problem gets more burning every year. In fact, the decrease in the number of young people with respect to those more advanced in years no longer permits to cause nearly all the burden of caring for the elderly in the forthcoming future to fall on the informal care provided within the households. Hence, we might anticipate a scenario where the LTC spending in Italy will soar not only as a result of the demographic ageing or the increased disability rate but also and particularly in consequence of a changed social context and the lack of appropriate care facilities.

It is not really the ageing of the population or the increase in the disability rate that leads us to anticipate a worrisome increase in the health spending, but rather it is the want in the LTC services offer, with the consequent recourse of the elderly to the traditional hospital facilities, even though inappropriate and much more expensive.

Purtroppo nella letteratura sull'argomento non vi sono risultati conclusivi. In uno studio condotto da Barro (1998) sulle determinanti della crescita della spesa sanitaria aggregata in 24 Paesi OCSE per il periodo dal 1960 al 1990, l'età (misurata come percentuale degli over 65 anni sul totale della popolazione) non era una determinante statisticamente significativa. Altri studi hanno mostrato dei risultati più ambigui, in cui la correlazione tra età e spesa sanitaria era più o meno significativa, secondo delle variabili e della metodologia statistica utilizzata, come quello di O'Connell (1996) su 21 Paesi OCSE per il periodo 1975-1990 e Gerdtham et al. (1992) su 19 Paesi OCSE nel 1987. Quest'ultimo studio e quello di Cutler e Meara sugli Stati Uniti (1998) mostrano, inoltre, che i molto giovani sono relativamente più costosi per il sistema sanitario e quindi una riduzione delle loro quote sul totale della popolazione potrebbe contribuire ad una riduzione della spesa (pro capite o come percentuale del PIL), mentre Lubitz et al. (1995) verificano che, sempre negli USA, il costo dell'assistenza sanitaria, specialmente quello dell'assistenza ospedaliera per acuti, diminuisce con l'età.
Infine, uno studio molto recente di Chernichovsky e Markowitz (2004) usa l'esperienza di Israele, il Paese tra quelli industrializzati con la popolazione più giovane ma con quella anziana in più veloce crescita, per suffragare la tesi che il potenziale effetto dell'invecchiamento sul costo aggregato dell'assistenza sanitaria è un fenomeno molto complesso in cui le variabili demografiche si intrecciano a variabili socio economiche in un contesto in continuo cambiamento e il solo spostamento della morbidità e della mortalità verso l'età più avanzata non aumenta necessariamente la spesa sanitaria.
Per verificare in modo più accurato le implicazioni finanziarie correlate all'età, sarebbe importante distinguere in modo preciso l'entità della spesa per l'assistenza ospedaliera, ambulatoriale e farmaceutica da quella per la *long term care*. La distinzione è importante perché gli aumenti nelle due categorie di spesa sono causati da fattori diversi, tuttavia il confine è spesso molto incerto: ad esempio, l'assistenza di lungo periodo per gli anziani totalmente dipendenti sconfina nell'assistenza ospedaliera e in vari tipi di assistenza ambulatoriale.
Può quindi essere utile richiamarci alla definizione di *long term care* (LTC) data dall'*Institute of Medicine* (1986) di Washington che asserisce: la LTC è "una varietà di servizi sanitari e sociali forniti agli individui che necessitano assistenza su una base continuativa a causa di disabilità fisica o mentale. I servizi possono essere forniti in una istituzione, in casa o in comunità, e includono servizi informali forniti dalla famiglia o dagli amici così come servizi formali forniti da professionisti o agenzie".
Una lettura più attenta di questa definizione ci fa capire perché è stato così difficile stabilire la LTC come una parte integrale dei sistemi di sicurezza sociale.[5] In primo luogo esiste la difficoltà di separare in modo netto la responsabilità pubblica da quella privata: di fatto la maggior parte di aiuto per l'assistenza agli anziani fragili nella comunità viene fornita dai membri della famiglia, ma se vi sono dei servizi formali, le famiglie dovrebbero

[5] *Ikegami N. et al. (2002).*

comunque partecipare? I punti di vista su questo tema sono in conflitto e rendono difficile raggiungere un consenso sulla politica per la LTC.
Un secondo problema è che la varietà di servizi medici e sociali compresi in questo tipo di assistenza richiede sia professionisti medici che operatori sociali, i quali hanno educazione, obiettivi e stili di lavoro molto diversi, rendendo difficile la loro collaborazione nel necessario lavoro di gruppo. Differenze nell'organizzazione e nel finanziamento dei servizi medici e di quelli sociali possono rendere ancora più difficile sviluppare e sostenere la collaborazione a livello istituzionale.
La terza e forse più cruciale ragione che spiega la riluttanza dei Governi di tutti i Paesi industrializzati a pensare seriamente ad una espansione della LTC è molto semplicemente il suo costo.
Allo stato attuale, i costi della LTC rappresentano una modesta spesa a livello macroeconomico per la maggior parte dei Paesi: dall'1,0% del PIL in Nord America e nell'Europa continentale al 3,0% del PIL in Nord Europa[6], riflettendo in parte la prevalenza di assistenza gratuita in casa: tuttavia si prevede che la spesa pubblica in questo tipo di servizi almeno raddoppierà nel 2050. Questo incremento potrebbe essere maggiore se a sua volta aumentasse la domanda di assistenza che proviene da questi gruppi di età più avanzata a causa dell'intervento di altri fattori, come costi unitari più alti, o una riduzione dell'assistenza familiare. Ma tale incremento potrebbe anche essere minore se i molto anziani godessero in futuro una migliore salute e minori livelli di disabilità.
Secondo le definizioni più comuni di disabilità (si distingue una disabilità severa, una moderata ed una modesta a secondo del numero e della gravità delle restrizioni alle attività funzionali o strumentali del vivere giornaliero), essa colpisce in qualche forma il 20-25,0% della popolazione over 65 anni nei Paesi industrializzati, ma è importante misurare la prevalenza della disabilità nel tempo: negli stessi Paesi in cui il fenomeno può essere misurato con una sufficiente omogeneità, l'aspettativa di vita senza disabilità oscilla tra i sei e i diciassette anni e rappresenta il 45-80,0% della speranza di vita all'età di 65 anni.
Tra i demografi e gli epidemiologi si è sviluppato un intenso dibattito sulla "espansione o compressione della morbidità" tra gli anziani: nel primo caso, la riduzione della mortalità non è accompagnata da una simile riduzione della morbidità, con conseguenti aumenti negli anni di vita con disabilità; nel secondo caso, la riduzione nella morbidità è maggiore della riduzione nella mortalità, o in termini di anni in buona salute o in termini di anni con disabilità di minore gravità[7]. Mentre i primi studi sembravano suffragare l'ipotesi dell'espansione della morbidità, prevedendo degli scenari catastrofici con un deterioramento della salute tra gli anziani ed una crescita delle malattie e della disabilità, che avrebbero significato un pesante aumento della spesa sanitaria pubblica, risultati di studi più recenti sembrano invece avvalorare l'ipotesi della compressione della morbidità.
Uno tra i più recenti e dettagliati lavori[8] scopre un aumento della morbidità tra gli anzia-

[6] *Jacobzone S. et al. (2000).*
[7] *Jacobzone S. (2000).*
[8] *McClellan M. e Yan L. (2000)*

ni, ma questo aumento nella prevalenza della malattia è accompagnato da una minore disabilità: l'individuo più vecchio sarebbe più malato, ma meno disabile. Questo è in fondo uno dei miglioramenti raggiunti dalla medicina moderna, che non elimina il rischio di malattie, ma ne mitiga l'impatto e le trasforma in condizioni croniche, da gestire attraverso continui trattamenti medici e spese notevoli sino alla morte. A sua volta, questo significa però che le sperate diminuzioni nei futuri tassi di disabilità potrebbero essere molto costose, poiché questa riduzione nella morbidità viene ottenuta soprattutto attraverso la tecnologia e l'attività di ricerca e sviluppo in campo clinico.
La maggior parte delle nuove malattie sono, infatti, presenti in età avanzata e la loro cura assorbe una quantità crescente del totale delle risorse destinate alla sanità, tanto da far pensare ad un cambiamento nel ruolo dei sistemi sanitari, la cui funzione principale è diventata quella di allungare la vita degli anziani e migliorarne la qualità, piuttosto che prevenire la mortalità in età più giovane.
L'introduzione e la diffusione delle tecnologie sanitarie ha probabilmente giocato un ruolo centrale nell'aumento della spesa sanitaria totale in tutti i Paesi industrializzati[9], il loro impatto è stato largamente dipendente dagli incentivi economici e istituzionali presenti nel sistema sanitario statunitense e, una volta disponibili, sono state introdotte negli altri Paesi spesso prima che i loro benefici marginali fossero pienamente accertati, aumentando la domanda dei pazienti per questi nuovi trattamenti.
Senza volerci soffermare sul dibattito circa la scoperta, diffusione, utilizzo e costo efficacia delle nuove tecnologie in campo medico, alcuni studi fatti negli Stati Uniti, Paese leader in questo campo, indicano da un lato che la maggior parte dell'aumento della spesa sanitaria per gli anziani è dovuto all'uso più intensivo di tecnologia ad alto costo rispetto ad altri Paesi[10], dall'altro, che la ragione del maggiore aumento della spesa per i grandi vecchi (over 80) rispetto agli anziani più giovani (65-69) nel periodo 1985-1995, malgrado la diminuzione della disabilità, è stata il rapido aumento nell'uso dei servizi di assistenza infermieristica e domiciliare, tipici della LTC[11]. Tuttavia, questo tipo di assistenza ad alta intensità di lavoro è meno riconducibile al cambiamento tecnologico di quanto lo siano altri tipi di assistenza che richiedono diagnosi e trattamenti invasivi. Quindi, mentre è sicuramente accertato che la tecnologia contribuisce all'aumento dei costi, è ancora da esplorare l'effetto della tecnologia sul costo specifico per età dell'assistenza.
Un altro fattore che mitiga l'impatto del puro invecchiamento demografico è la concentrazione dei costi sanitari alla fine della vita di ciascun individuo: le spese cominciano ad aumentare lentamente negli anni precedenti alla morte ed i costi più alti sono concentrati nell'ultimo mese. La mancata considerazione di questo fenomeno potrebbe condurre ad una pesante sovrastima delle future proiezioni della spesa sanitaria: quest'ultima sarebbe, infatti, più alta per i gruppi più vecchi di età, semplicemente perché una parte più grande di costoro è vicina alla morte.
Molti studi si sono occupati del problema dei "costi della morte", da quello pionieristico

[9] *Weisbrod B. (1991).*

[10] *Fuchs V. (1998)*

[11] *Cutler D.M. e Meara E. (1999)*

di Fuchs (1986) al lavoro empirico di Zweifel et al. (1999) che, utilizzando i dati degli archivi di due casse mutue svizzere, hanno analizzato la spesa per l'assistenza sanitaria delle persone decedute nell'ultimo anno della loro vita, concludendo che mentre l'approssimarsi alla morte era la variabile significativa, non lo era l'età delle persone. Questo lavoro è servito come modello econometrico di riferimento per altri studi simili in Paesi diversi, anche se ha suscitato delle critiche di tipo metodologico, riferite alla multicollinearità tra le variabili esplicative e alla loro endogeneità.
Ad esempio, un recentissimo lavoro di Seshamani e Gray (2004) applica il modello di Zweifel ai dati dell'*Oxford Record Linkage Study* (ORLS), un set di dati longitudinali forniti dagli ospedali dell'*Oxfordshire*, con lo scopo di verificare se anche in un contesto diverso si ritrovano gli stessi effetti dell'età e del tempo vicino alla morte sui costi dell'assistenza sanitaria. Mentre una replica esatta del modello di Zweifel con i nuovi dati mostra una correlazione insignificante tra la prossimità alla morte e i costi ospedalieri e tra l'età e i costi ospedalieri (è bene però ricordare che il modello originale includeva diversi servizi sanitari, mentre i dati ORSL si riferiscono solo ai servizi ospedalieri), una versione del modello a due stadi elimina alcuni problemi di multicollinearità e mostra che sia la prossimità alla morte, sia l'età hanno un effetto significativo sui costi, ma il primo è molto più grande del secondo.
La replica di Zweifel et al. (2004) tiene conto delle osservazioni fatte alla potenziale debolezza nella metodologia econometrica e fornisce una nuova evidenza empirica in cui il modello utilizzato viene modificato e, in aggiunta, vengono inseriti anche i dati relativi ai sopravvissuti per verificare la possibilità che la prossimità alla morte e l'età abbiano una importanza relativa diversa tra i deceduti e i sopravvissuti. Anche in questo secondo studio i risultati convalidano che l'età non ha alcun effetto sulla spesa sanitaria dei deceduti per un ampio arco d'età. Per quanto riguarda i sopravvissuti, alcune variabili correlate all'età hanno un'influenza significativa sulla loro spesa sanitaria, ma tale effetto diventa più piccolo quando si prende in considerazione il tempo prima della morte.
L'inserimento della prossimità della morte nei modelli di proiezione della spesa sanitaria diventa, quindi, di cruciale importanza per una stima più accurata dei trend futuri di spesa, in modo da facilitare decisioni appropriate che riguardano i programmi e il finanziamento dei servizi sanitari.
Le differenze nelle proiezioni provocate dalla considerazione o meno della prossimità alla morte nelle stime sono l'oggetto di un altro recente lavoro di Stearns e Norton (2004), che verifica i previsti aumenti nel programma federale statunitense *Medicare*, che offre una copertura sanitaria pubblica a tutti gli anziani di over 65 anni. Le loro elaborazioni empiriche dei dati forniti dal *Medicare Current Beneficiary Survey* confermano che la spesa sanitaria aumenta decisamente all'approssimarsi della morte e che l'effetto dell'età si riduce molto quando si inserisce la precedente variabile. Nel modello di previsione più semplice, corrispondente a quello usato attualmente dal Governo che esclude il tempo prima della morte, le previsioni di spesa per tutta la vita dell'attuale coorte di individui tra i 66 e i 70 anni danno dei risultati che sono del 9,0% più alte di quelle di un modello più ampio che include misure del tempo che intercorre sino alla morte e delle sue interazioni con l'età. Inoltre, assumendo un aumento continuo nella longevità simile a quello docu-

mentato negli ultimi anni, gli autori dimostrano che la sovrastima per le spese nell'arco di vita di una coorte simile potrebbe aumentare al 15,0% nel 2020. Nel caso in cui la longevità aumentasse nel tempo, la relazione tra età, prossimità alla morte e spesa sanitaria cambierebbe e quindi sarebbe necessario ricalibrare il modello per avere previsioni più accurate. Infine, fanno notare gli autori, la riduzione del 15,0% nelle previsioni di spesa futura nel modello migliore potrebbe essere controbilanciata da futuri e più costosi cambiamenti tecnologici nel trattamento di malattie prevalenti come quelle cardiache o il cancro.

L'analisi delle diverse variabili che possono incidere sulla relazione tra invecchiamento demografico della popolazione e futuro andamento della spesa sanitaria, sia totale sia specifica per la LTC, e la rassegna dei principali studi empirici che hanno cercato delle verifiche empiriche degli effetti di alcune di queste variabili per diversi Paesi hanno fatto quindi emergere la complessità del problema e l'impossibilità di dare risposte certe alla domanda che ci eravamo posti all'inizio, se cioè i sistemi sanitari dovessero guardare con allarme e preoccupazione al crescente incremento della quota di anziani.

La difficoltà che ci sembra veramente seria è la seguente: mentre con dati attendibili a disposizione e appropriati modelli econometrici è possibile elaborare delle proiezioni della spesa sanitaria totale e di quella per la LTC in relazione a previsioni diverse sull'andamento delle singole variabili che hanno un'accettabile attendibilità, a causa della interrelazione fra le stesse diventa scarsamente predittivo il passaggio a dei modelli più completi, che si propongono di tenere conto di tutte le variabili importanti per fornire un quadro esaustivo dell'impatto totale dell'invecchiamento.

A riprova di tale difficoltà citiamo due Rapporti per la Direzione Generale dell'Occupazione e Affari Sociali della Commissione Europea: il primo riguarda l'impatto dell'invecchiamento sulla finanza pubblica dei vari Stati; il secondo più specifico sulla spesa per la *long term care*.

Nel primo Rapporto[12] vengono esposti i risultati del *Working Group on Ageing* della EPC sull'impatto dei cambiamenti demografici sui livelli aggregati della spesa sanitaria pubblica e di quella per la LTC (oltre che sui sistemi pensionistici) nel periodo 2000-2050, ottenuti attraverso proiezioni separate, basate su due semplici assunzioni di crescita del costo unitario (o allo stesso tasso del PIL pro-capite o allo stesso tasso della produttività) e alcuni scenari demografici e macroeconomici alternativi.

Secondo queste proiezioni le conseguenze dell'invecchiamento in termini di aumento della spesa sanitaria pubblica in tutti gli Stati membri oscillerebbero tra l'1,7 e il 3,9 punti percentuali del PIL, ma la maggior parte di questo aumento deriverebbe dalla spesa in LTC. Inoltre, in media, quest'ultima aumenterebbe del 70,0% in tutto il periodo, contro un più modesto 30-40,0% per la spesa sanitaria totale.

Per alcuni Paesi – Danimarca, Paesi Bassi, Finlandia e Svezia – l'impatto sarebbe ancora maggiore in quanto in questi Paesi, che hanno una forte tradizione di fornitura formale di LTC e quindi alti livelli iniziali di spesa, inciderebbe ancora di più la crescita futura dei molto anziani, combinata con i previsti aumenti nella partecipazione al mercato del

[12] *Economic Policy Committee, (2001).*

lavoro, particolarmente di quella femminile.
Nello stesso Rapporto si sottolineano però i rischi di imprecisioni nelle proiezioni di base sia verso l'alto che verso il basso. Nel primo caso una sovrastima del futuro peso fiscale dovuto ai due tipi di spesa sanitaria potrebbe essere causato sia dal fatto che la semplice considerazione dell'impatto demografico ignora i possibili miglioramenti nello stato di salute degli anziani nel tempo, sia dalla mancata considerazione dei "costi della morte". Infatti, i tre Paesi (Svezia, Italia e Paesi Bassi) che sono riusciti ad elaborare, pur con metodologie differenti, delle proiezioni che tengono conto della spesa dovuta all'approssimarsi della morte, hanno previsto degli scenari futuri alternativi con ridotti livelli di spesa rispetto allo scenario di base: nel 2050 per i Paesi Bassi il rapporto tra spesa sanitaria e PIL sarebbe il 5,2% anziché il 5,6%, per la Svezia il 6,7% anziché il 7,0% e per l'Italia il 6,2% al posto del 6,5%.
D'altro canto, il non tenere conto nella stima delle proiezioni di fattori non demografici che potrebbero influenzare la spesa pro-capite condurrebbe ad una sottostima dei valori futuri.
Il secondo Rapporto[13] non fa previsioni circa il futuro ma, più semplicemente, si propone di analizzare i fattori chiave che influiranno sulla spesa per i servizi di LTC in Germania, Spagna, Italia e Regno Unito, sulla base di quattro modelli elaborati nei singoli Paesi, in cui si simula l'impatto sulla domanda di LTC di specifici cambiamenti in alcune variabili. Le variabili principali prese in considerazione includono i cambiamenti demografici, gli andamenti nella dipendenza funzionale, la disponibilità futura di assistenza informale, la struttura dell'assistenza formale e i modelli di erogazione, il futuro costo unitario dei servizi.
Un primo problema, del resto comune in tutti i confronti internazionali, nasce dal fatto che i sistemi di *long term care* differiscono sostanzialmente nei differenti Paesi, il ché ha delle conseguenze importanti sullo sviluppo e sull'interpretazione delle proiezioni di spesa per ognuno di essi, così come i risultati ottenuti riflettono le differenze negli scopi e nella struttura dei quattro modelli elaborati nei singoli Stati.
Tutti e quattro i modelli si basano comunque su un *set* comune di assunzioni di base che è stato usato per fornire una proiezione centrale plausibile, che può servire per rendere comparabili i risultati ottenuti e, come caso di riferimento, per analizzare l'effetto di cambiamenti nelle differenti assunzioni. Queste ultime sono: i *trends* della popolazione per età e sesso si basano sulle proiezioni Eurostat 1999; i tassi di dipendenza, la quota di persone anziane che vive in casa e di quelle che ricevono assistenza informale e assistenza formale rimangono costanti; l'offerta di servizi formali varia in modo da incontrare la domanda degli stessi; il costo unitario dell'assistenza aumenta in linea con le assunzioni dell'*Economic Policy Committee* sulla crescita nella produttività in ogni Paese, e lo stesso avviene per la crescita del PIL.
Sulla base di queste assunzioni, il Rapporto mostra che la Spagna sarà il Paese che avrà il più grande aumento in termini assoluti nella proiezione di spesa per la LTC tra il 2000 e il 2050, seguita dalla Germania, il Regno Unito e l'Italia. Tuttavia, la crescita nella stessa spesa, misurata come percentuale del PIL, sarà più veloce in Germania (168,0%), segui-

[13] *Comas-Herrera e Wittemberg, (2003).*

ta dalla Spagna (149,0%), dall'Italia (138,0%) e dal Regno Unito (112,0%).
Il rapporto analizza anche la sensitività delle proiezioni a cambiamenti nelle assunzioni fatte circa il futuro contesto macroeconomico, il numero di persone anziane, i tassi di dipendenza e la disponibilità di modelli di assistenza informali e formali, presentando diversi possibili scenari in corrispondenza di parametri alternativi per ciascuna di queste variabili.
L'analisi di sensitività portata avanti con l'utilizzo dei quattro modelli mostra che le proiezioni della domanda futura per servizi di LTC da parte delle persone anziane risente in particolare delle assunzioni fatte sul numero futuro di anziani e sui tassi futuri di prevalenza della dipendenza ed è anche abbastanza sensibile rispetto alle assunzioni circa gli aumenti futuri nei costi unitari reali, come ad esempio il costo orario dell'assistenza domiciliare.
Con tutte le cautele sulla attendibilità di questi confronti, dato che i quattro modelli differiscono in alcuni aspetti importanti che hanno un impatto sui risultati delle proiezioni, come le definizioni di dipendenza, il ventaglio di servizi coperti dall'assistenza formale e il trattamento dell'assistenza informale, il Rapporto presenta delle interessanti implicazioni di *policy*.
La prima, abbastanza ovvia, è che bisogna promuovere con ogni mezzo (prevenzione ed educazione sanitaria in primo luogo) una riduzione della dipendenza in età avanzata e una vecchiaia in buona salute per fronteggiare la pressione demografica. Per quanto riguarda i futuri aumenti di costo, le proiezioni dei modelli suggeriscono che la prevista diminuzione dell'assistenza informale (dovuta ai crescenti tassi di occupazione femminile e alla diminuzione del numero di anziani che vivono con figli e parenti) e il conseguente aumento di quella in residenze pubbliche potrebbe avere delle conseguenze finanziarie molto pesanti, sottolineando l'importanza dello sviluppo di servizi di assistenza di tipo domiciliare per aiutare le persone più anziane a casa propria.
Inoltre, anche se la proiezione centrale del Rapporto mostra che tra il 2000 e il 2050 crescerà la quota di PIL necessaria per finanziare i servizi di LTC, questo non implica necessariamente che questi aumenti siano inaffrontabili, o che ci sarà una crisi di sostenibilità della spesa relativa, ma suggerisce che sarà molto importante sia far crescere l'efficienza in questo tipo di servizi per limitare gli aumenti reali nei costi unitari, sia raggiungere un livello costo-efficacia più alto.
Infine, visto che lo stato di conoscenza attuale non permette di assegnare delle probabilità di verificarsi ai futuri *trend* dei fattori sopra visti, diventa molto importante per la politica e la programmazione sanitaria tener conto del grado di sensitività delle future spese in LTC alle assunzioni fatte riguardo questi stessi *trend* ed essere abbastanza flessibili per affrontare queste ed altre incertezze.

7.3 Il finanziamento della *long term care*

I servizi di assistenza a lungo termine possono essere forniti alle persone anziane o nelle loro case o in assetti istituzionali sostitutivi, come le residenze sanitarie, le *nursing homes*, o gli ospedali ma, come accennato precedentemente, l'organizzazione, la fornitura e il finanziamento della LTC differiscono notevolmente tra i vari Paesi rendendo difficile il confronto.
Mentre in alcuni Paesi l'assistenza a lungo termine rientra nel settore sociale, in altri viene compresa nel settore sanitario: talvolta, quindi, l'accesso a questo tipo di servizi è basa-

to sul bisogno e l'utilizzo è a basso costo come per l'assistenza sanitaria (Svezia e Norvegia), altre volte la LTC è assimilata all'assistenza sociale ed è fornita ad un costo pubblico solo quando l'utilizzatore non è in grado di pagarla direttamente (Regno Unito, Spagna, Stati Uniti). La distinzione tra assistenza sanitaria e assistenza sociale a lungo termine ha delle importanti implicazioni sia per quanto riguarda il livello dei costi (ad esempio i bisogni possono essere eccessivamente medicalizzati o, al contrario, non sono forniti trattamenti specialistici), sia per le modalità di finanziamento, con la possibilità di creare incentivi perversi per il tipo di assistenza scelto dagli interessati.

La ripartizione di responsabilità tra il settore pubblico e quello privato e tra le strutture formali e quelle informali sono al centro di ogni descrizione dei sistemi di assistenza a lungo termine.

Negli ultimi anni si è a lungo dibattuto su quale fosse il rapporto più appropriato tra assistenza istituzionalizzata e assistenza a domicilio, sulla base di diversi parametri come l'efficacia, i costi e le preferenze dell'utilizzatore e della sua famiglia. Le scelte dei vari Paesi riflettono i differenti contesti socio-economici, con una prevalenza del settore informale in quelli più "tradizionali" (come l'Italia, la Spagna o il Portogallo) dove i legami familiari sono più forti.

La disponibilità di assistenza informale influenza pesantemente il livello e la tipologia di bisogno per assistenza formale per la quale devono essere trovate le risorse. Poiché i cambiamenti nelle tendenze demografiche, nella composizione delle famiglie, nella partecipazione alla forza lavoro e nella mobilità geografica operano verso una riduzione dell'assistenza familiare, le proiezioni sui costi futuri della LTC sono, come abbiamo già visto, molto sensibili alle assunzioni fatte circa l'offerta futura di assistenza informale.

Negli anni '90, di fronte ai crescenti bisogni di questo tipo di assistenza, la maggior parte dei Paesi ha sentito il bisogno di nuovi modelli di LTC, con un deciso cambiamento nelle forme di erogazione dei servizi: dapprima si è verificata una generale riduzione nell'assistenza ospedaliera di lunga degenza ed una sostituzione con l'assistenza in strutture residenziali o l'assistenza domiciliare assistita, più recentemente sembra svilupparsi la tendenza a fornire vari tipi di pagamenti in contanti (assegni di cura come in Emilia Romagna, *voucher* come in Francia e Olanda, buoni socio-sanitari come in Lombardia) con i quali la persona anziana o i suoi familiari possono acquistare servizi di propria scelta.

Per quanto riguarda più specificamente il finanziamento della LTC si possono trovare almeno cinque modalità[14], che differiscono secondo la diversa ripartizione tra il finanziamento pubblico e quello privato e la natura e l'estensione del rischio: il ricorso al risparmio privato, l'assicurazione privata volontaria, l'assicurazione privata con il supporto del settore pubblico, il finanziamento pubblico attraverso la fiscalità generale, l'assicurazione sociale.

Tutte queste tipologie di finanziamento possono essere valutate in base ai criteri dell'efficienza, dell'equità e della solidarietà sociale.

Per quanto riguarda il risparmio privato, nessuno dei diversi modi (azioni, depositi ban-

[14] *Wittenberg R. et al., (2002).*

cari, pensioni, obbligazioni) in cui gli individui possono risparmiare appare molto efficiente poiché non è dato prevedere se si avrà bisogno di assistenza a lungo termine ed, eventualmente, in che misura e per quanto tempo. Nella pratica alcuni potrebbero rinunciare, senza averne bisogno, ai benefici che avrebbero ricevuto impiegando per altri scopi la somma accantonata, mentre altri potrebbero non aver risparmiato abbastanza per coprire i costi della LTC durante tutto l'arco della loro vita. Inoltre, con questo approccio le risorse vengono redistribuite solo durante il ciclo di vita e non da chi ha meno bisogni di assistenza a lungo termine a chi ha bisogni maggiori né, di conseguenza, si promuove la solidarietà sociale.

Per questi motivi, un'assicurazione privata (volontaria od obbligatoria), piuttosto che il risparmio personale sembrerebbe più idonea per affrontare il rischio di un potenziale bisogno di LTC. Tuttavia, l'incertezza circa i futuri tassi di morbidità e l'aumento nei costi dell'assistenza rende difficile per gli assicuratori valutare il rischio dell'assistenza a lungo termine e i relativi costi, e quindi calcolare i premi da far pagare. L'effetto finale è che molto spesso i premi fissati sono molto alti, per cui solo una minoranza della popolazione può affrontare un'assicurazione per la LTC, a meno che non sia acquistata in una fase molto anticipata della vita, probabilità d'altro canto molto scarsa, dato che le priorità da giovani sono ben altre e si può non essere ben informati sui rischi di questo potenziale bisogno da vecchi e sui possibili aiuti pubblici.

Nell'ambito dei Paesi OCSE l'esperienza di assicurazioni private per la *long term care* è molto piccola, a parte gli Stati Uniti dove la spesa per assicurazione volontaria rappresenta l'11,0% della spesa totale in LTC.

Lo Stato può intervenire in vario modo per promuovere la domanda di assicurazione per l'assistenza a lungo termine, o attraverso delle deduzioni fiscali sui premi (con una redistribuzione a favore dei più ricchi), o attraverso dei sussidi per le persone a reddito più basso, o riducendone il costo attraverso schemi di *partnership* in cui il governo si addossa una parte del rischio. L'assicurazione privata con il supporto pubblico non sembra però che abbia avuto molto successo negli Stati Uniti, principale Paese in cui è stata sperimentata.

Il più efficace strumento di intervento pubblico è quello di rendere l'assicurazione obbligatoria, senza diminuire il ruolo del mercato assicurativo privato, ma eliminando i problemi di selezione avversa e di esclusione degli individui a più alto rischio. Tuttavia, una importante questione è se un sistema assicurativo finanziato dal settore privato con un sostanziale e continuativo ruolo del settore pubblico sia preferibile ad un sistema pubblico di assicurazione sociale, potenzialmente non a capitalizzazione.

Il fondamento razionale primario di uno schema pubblico è che permetterebbe di raggiungere sia l'obiettivo dell'assicurazione che quello della redistribuzione: potrebbe infatti essere visto come una combinazione di un programma pubblico, finanziato attraverso la fiscalità generale, per gli individui più poveri ed una copertura con risparmio privato e assicurazione per gli individui più ricchi. La maggior parte dei Paesi ha una copertura aggiuntiva, soggetta ad un accertamento delle condizioni economiche, per quei servizi per i quali non fornisce una copertura universale. È bene aggiungere che mentre la copertura soggetta ad accertamento delle condizioni economiche, pur essendo redistributiva,

può provocare negli anziani un disincentivo al risparmio o un incentivo a donare parte dei propri beni a figli e parenti per evitare il limite di reddito oltre il quale non si ha diritto all'assistenza, la copertura universale è più equa, in quanto progressiva, ma anch'essa può causare degli incentivi perversi nella linea di confine tra forme di assistenza che rientrano nella copertura condizionata e quelle che rientrano nella copertura universale.
Infine, l'assicurazione sociale è un modo diverso di fornire uno schema pubblico universale, in cui è presente un legame tra i contributi e i benefici e sono impliciti dei criteri di eleggibilità, mentre è assente ogni forma di accertamento delle condizioni economiche, anche se può prevedere, come lo schema pubblico finanziato con la fiscalità generale, delle compartecipazioni ai costi e delle franchigie. Una possibile ragione di preferirla ad uno schema finanziato attraverso la fiscalità generale potrebbe essere la preferenza per una gestione finanziaria a capitalizzazione, rispetto quella a ripartizione. La discussione sui risvolti economici insiti nelle due forme di finanziamento è ancora aperta[15] ed entrambe le opzioni vengono utilizzate nei Paesi in cui è presente uno schema di assicurazione sociale.
Qualunque sia il sistema di finanziamento della LTC, la sua sostenibilità è diventata critica negli ultimi anni: i Paesi che adottano un sistema basato sui contributi sono andati sotto pressione con l'invecchiamento della popolazione e la diminuzione della quota di popolazione nella forza lavoro, mentre quei Paesi che hanno un sistema basato sulla fiscalità generale non possono aspettarsi che le entrate future finanzino l'espansione dell'offerta di assistenza senza costi per i contribuenti o per gli altri beni e servizi finanziati dal settore pubblico.
I recenti cambiamenti nelle modalità di finanziamento della LTC in numerosi Paesi OCSE riflettono queste difficoltà: alcuni, come ad esempio la Germania e il Giappone, hanno implementato la copertura dell'assicurazione sociale per l'assistenza a lungo termine, altri, come la Francia e la Corea, stanno pensando di farlo. Relativamente pochi Paesi, tra cui l'Australia e l'Olanda, hanno fornito per qualche tempo la copertura per la LTC all'interno dei loro sistemi sanitari pubblici; altri, come l'Australia, la Svezia e alcune province canadesi, in cui i servizi di LTC sono stati forniti in termini relativamente generosi, hanno fatto in modo di migliorare la sostenibilità futura aumentando la quota del costo sopportata dai clienti che sono in grado di affrontarla.
In diversi Paesi sta crescendo il mercato dell'assicurazione complementare in aggiunta alla copertura pubblica, ma questo tipo di contratti è orientato verso i giovani che non diventeranno utilizzatori nel prossimo futuro e in tal modo non provocheranno una grande spesa in servizi a breve termine. È anche importante notare che la fornitura di assistenza a lungo termine e le decisioni che riguardano le condizioni finanziarie per gli utilizzatori è spesso di competenza delle autorità regionali o locali, come in Canada, Spagna e Svizzera, con possibili disparità tra cittadini che vivono in luoghi diversi. Si è quindi aperto un dibattito sulla necessità o meno che anche la LTC abbia delle linee guida nazionali, alla stregua dell'assistenza per acuti.

[15] *Barr N., (1998).*

Nel quadro internazionale alcune esperienze sembrano particolarmente significative: ci riferiamo in particolare alle assicurazioni sociali obbligatorie per l'assistenza a lungo termine, introdotte prima in Germania e successivamente in Giappone, e al *personal budget* per anziani dell'Olanda. Una breve descrizione di questi sistemi è contenuta nel Box 1.

7.4 Considerazioni conclusive

L'esperienza degli altri Paesi ci induce ad alcune riflessioni sul futuro della LTC nel nostro Paese.

Se dobbiamo prestare fede all'indagine campionaria del Censis (2004) sulla salute degli anziani, le prospettive sembrano buone: di fronte al deciso processo di invecchiamento della popolazione italiana sembrerebbe evidenziarsi un miglioramento delle condizioni di salute degli over 65 anni, dovuto in gran parte ad una più grande attenzione verso gli stili di vita e a maggiori controlli e attività di prevenzione.

Se invece andiamo a guardare l'attuale tipologia di offerta dei servizi di assistenza a lungo termine, il quadro è molto meno roseo. La stessa indagine rileva che tra i soggetti del campione meno del 30,0% conosce l'esistenza dei servizi di assistenza domiciliare integrata e solo il 3,5% ne usufruisce, mentre la maggior parte continua a servirsi dell'aiuto della famiglia nel momento in cui insorge un problema di disabilità, ricorrendo ai servizi tradizionali del medico di base e dell'ospedale per l'assistenza sanitaria. Inoltre, un quarto del campione ricorre privatamente a medici e/o strutture private, soprattutto le persone con patologie più gravi.

Anche i dati forniti dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali confermano l'insufficienza nell'offerta di servizi di LTC: la spesa media pro-capite nel 2002 per assistenza distrettuale (domiciliare, semiresidenziale e residenziale) agli anziani non autosufficienti ammonta a solo 51,86 Euro pro-capite per l'intero territorio nazionale, con notevoli disparità regionali (si va dai circa 10,00 Euro per Campania, Puglia e Basilicata a 177,21 Euro per la Provincia di Trento, 177,00 Euro per il Friuli Venezia Giulia e 109,00 Euro per la Provincia di Bolzano). Di converso, i tassi di ospedalizzazione per fascia d'età, sempre nel 2002, mostrano una decisa prevalenza per il regime ordinario negli ospedali per acuti, con valori di 270 (su mille abitanti residenti) per la fascia dai 65 ai 74 anni e di 414,65 per quella degli oltre 75 anni, mentre i tassi scendono a 13,00 per la prima fascia e 19,55 per la riabilitazione e a solo (rispettivamente) il 2,86 e 11,66 per la lungodegenza.

Nel Rapporto Ceis Sanità 2003 avevamo già rilevato[16] l'inappropriatezza delle scelte terapeutiche per gli anziani in Italia e la possibilità di realizzare dei risparmi notevoli incrementando l'offerta di strutture più appropriate e adottando un secondo pilastro di tutela per i rischi sanitari e della non autosufficienza.

Il problema diventa più scottante ogni anno che passa. La diminuzione del numero di persone giovani rispetto a quelle in età avanzata non rende infatti possibile continuare a far ricadere sull'assistenza informale in ambito familiare quasi tutto l'onere di cura degli anziani nel prossimo futuro. Si può, quindi, prevedere uno scenario in cui la spesa per

[16] *Donia Sofio A., Spandonaro F., (2003).*

LTC in Italia aumenterà decisamente, non tanto per effetto dell'invecchiamento demografico o dell'aumento del tasso di disabilità, quanto per il mutamento del contesto sociale e per carenza di strutture assistenziali appropriate. La situazione sembra molto simile a quella che ha costretto il Giappone negli anni '90 a considerare ormai sorpassata la millenaria cultura tradizionale in cui il rigido principio del rispetto verso gli anziani garantiva loro una sicura assistenza in ambito familiare e a convertirsi ad un programma sociale obbligatorio in cui l'assistenza di lungo termine viene assicurata in modo professionale.
Prima, quindi, che sia troppo tardi, dovremmo seguire l'esempio del Giappone e istituire finalmente uno schema sociale di LTC che permetta anche alle attuali giovani generazioni di guardare con maggiore tranquillità al loro futuro di "anziani".

La Long Term Care in Germania, Giappone e Olanda

Germania

Nel 1994 è stata istituita in Germania la *Soziale Pflegeversicherung*, un programma di assicurazione sociale obbligatoria per l'assistenza a lungo termine (Evans Cuellar e Wiener, 2000), finanziata tramite contributi e funzionante come un sistema a ripartizione, che fornisce l'assistenza domiciliare e in strutture residenziali a persone di tutte le età senza riguardo allo stato finanziario. Sebbene sia amministrata dai fondi malattia, l'assistenza a lungo termine è fiscalmente separata da quella per acuti. Il premio è uniforme ed è fissato dalla legge nell'1,7% del salario, pagato in quote uguali dai lavoratori e dai datori di lavoro. I pensionati pagano metà del premio ed i fondi pensione l'altra metà. Coloro che sono in possesso di redditi elevati possono optare per degli schemi assicurativi privati, comunque obbligatori.
L'eleggibilità per i benefici dipende solamente dallo stato funzionale, giudicato in base a criteri stabiliti a livello federale: vi sono tre categorie di eleggibilità a secondo del tempo richiesto per l'assistenza e della sua frequenza. Le persone eleggibili ad ogni livello di disabilità possono scegliere tra l'assistenza istituzionale e quella non istituzionale, con un massimo di spesa per persona che varia a secondo del livello di disabilità e lo stato istituzionale. Gli individui che ricevono assistenza al di fuori di una istituzione possono scegliere tra un *voucher* che li autorizza all'utilizzo di un servizio o un contributo in denaro (scelto dalla maggioranza dei beneficiari), il cui ammontare è uguale a circa la metà del valore dei servizi, ma può essere usato senza alcuna restrizione.
I servizi vengono forniti anche da agenzie a scopo di lucro che stanno sostituendo gli enti *non profit*, prima unici fornitori, e anche il lavoro informale prestato da parenti o amici viene riconosciuto e regolamentato. Il programma ha focalizzato una grande attenzione sui problemi di qualità.

Giappone

Nell'aprile del 2000, il Giappone, un Paese famoso per la sua tradizione di attenzione e cura agli anziani in ambito familiare, ha istituito il più grande e radicale programma (*Kaigo Hoken*) nel mondo di assicurazione pubblica obbligatoria per l'assistenza a lungo termine. Le ragioni che hanno spinto a questa "socializzazione dell'assistenza" sono state il fatto che il Giappone ha oggi la

segue a pag. 164

segue da pag. 163

più alta percentuale di anziani e, allo stesso tempo, la crisi del sistema tradizionale di assistenza informale (Creighton Campbell e Ikegami, 2000).
Quando, all'incirca negli anni '70, il problema dell'assistenza agli anziani cominciò a presentarsi in modo serio, un primo provvedimento aveva reso i servizi sanitari virtualmente gratuiti per le persone over 70 anni, ottenendo però come effetto che la metà dei letti negli ospedali era occupata da anziani. Queste ammissioni "sociali" inappropriate e costose, insieme all'offerta inadeguata di assistenza domiciliare e residenziale, spinsero all'emanazione nel 1989 del c.d. *Golden Plan* (poi modificato nel 1994), che doveva garantire un allargamento della LTC pubblica. Il piano si rivelò però troppo costoso per le tasche dei contribuenti giapponesi e segnò il definitivo abbandono di un modello di tipo scandinavo e il cambio di direzione verso un modello simile a quello tedesco.
Il nuovo piano copre sia i servizi istituzionali sia quelli domiciliari; i contributi vengono pagati a partire da quaranta anni d'età (circa lo 0,9% del reddito fino al massimale, diviso col datore di lavoro, mentre per i pensionati i premi vengono interamente prelevati dalle pensioni) e dai 65 anni in avanti tutti sono eleggibili per i benefici (nel 2000 il 12,4% della popolazione), basati rigidamente sulla condizione fisica o mentale, secondo sei gradi di disabilità. I benefici comprendono tutti i servizi, senza contributi monetari per le famiglie e coprono il 90,0% dei bisogni, senza molta considerazione dei costi. Gli utilizzatori pagano una compartecipazione pari a circa il 10,0% del valore monetario dei servizi concessi e possono scegliere gli erogatori che vogliono, inclusi gli enti a scopo di lucro.

Olanda

Il programma di copertura dei costi socio-sanitari particolari (*Awbz - Algemeine Wet Bijzondere Ziektekosten*) garantisce la LTC sia in strutture residenziali che di tipo domiciliare e territoriale. Nell'ambito di tale schema, a partire dal 1995, è stato inserito il *personal budget* (PB), un programma di trasferimenti monetari, gestito direttamente dalle casse mutue a favore di determinate categorie di utenti che richiedono assistenza di tipo domiciliare (e non residenziale) per problemi di non autosufficienza (Gori, 2002).
La ragione dell'introduzione del PB è stata quella di favorire una maggiore autonomia e flessibilità nella scelta da parte degli utenti, i quali avevano diritto solo a prestazioni professionali fornite quasi esclusivamente da organizzazioni *non profit*, mentre ora possono scegliere tra servizi professionali e trasferimenti monetari e, in quest'ultimo caso, possono destinare le risorse all'acquisto diretto di ogni tipo di assistenza domiciliare, comprese le cure prestate da un familiare o amico. Questa libertà concessa all'utente può anche essere vista come una strategia per promuovere la concorrenza tra i diversi fornitori di servizi sociali di tipo domiciliare, che devono sottoscrivere un contratto con le casse mutue.
I contributi monetari assegnati non sono, come in Germania, inferiori al valore dei servizi professionali, però il totale delle risorse messe a disposizione per il programma PB è limitato (l'1,3% dell'ammontare complessivo della spesa per l'assistenza ai non autosufficienti) con conseguenti liste di attesa per accedervi. Il *personal budget* non è gestito direttamente dall'utente ma è affidato alla Banca di assicurazione sociale, un ente pubblico che controlla le modalità con cui il trasferimento viene speso. La valutazione dei casi è demandata al Rio (*Regional indicatie organ*), che stabilisce il livello di assistenza per ogni singolo utente sulla base dei suoi bisogni e delle sue risorse personali.

Bibliografia/References

Barr N., (1998), *Economics of the Welfare State*, 3° ediz. Oxford University Press e Stanford University Press.

Barros P.P., (1998), *The Black Box of Health Care Expenditure Determinants*, Health Economics, 7.

CENSIS, *Gli anziani e la salute*, Roma, 2004

Comas-Herrera A. e Wittemberg R., (2003), (a cura di), *European Study of Long-Term Care Expenditure: Investigating the sensitivity of projections of future long-term expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom to changes in assumptions about demografy, dependency, informal care, formal care and unit costs*, Report to the European Commission, Employment and Social Affairs DG, PSSRU Discussion Paper 1840.

Chernichovsky D. e Markowitz S., (2004), *Aging and Aggregate Costs of Medical Care: Conceptual and Policy Issues*, Health Economics, 13.

Creighton Campbell J. e Ikegami N., (2000), *Long Term Insurance Comes to Japan*, Health Affairs, 19.

Cutler D.M. e Meara E., (1998), *The Medical Cost of the Young and Old: a Forty Year Perspective, in Frontiers in the Economics of Ageing*, University of Chicago Press.

Cutler D.M. e Meara E., (1999), *The Concentration of Medical Spending: an Update, NBER*, Working Paper n. 7279.

Donia Sofio A., Spandonaro F., (2003), *Le politiche socio-sanitarie per gli anziani*, in Atella V., Donia Sofio A., Mennini F.S., Spandonaro F. (a cura di), Rapporto CEIS Sanità 2003, ItalPromo, Roma.

Economic Policy Committee, (2001), *Budgetary challenges posed by ageing populations: the impact on public spending, health and long-term care for the elderly and possible indicators of the long-term sustainability of public finances*, Directorate General for Economic and Financial Affairs of The European Commission, Brussels.

Evans Cuellar A., Wiener J.M., (2000), *Can Social Insurance for Long Term Care Work? The Experience of Germany*, Health Affairs, 19.

Fuchs V., *The Health Economy*, Harvard University Press, 1986.

Fuchs V., (1998), *Health Care foe the Elderly: How much? Who Will Pay for It?*, NBER, Working Paper n. 6755.

Gerdtham U.G., Sogaard J., Andersson F., Jonsson B., (1992), *An Econometric Analysis of Health Care Expenditure: a Cross-Section Study of the OECD Countries*, Journal of Health Economics, 5.

Gori C., (2002), (a cura di), *Le politiche per gli anziani non autosufficienti. Analisi e prospettive*, Franco Angeli, Milano.

Institute of Medicine, (1986), *Improving Quality of Care in Nursing Homes*, National Academic Press. Washington.

Ikegami N., Hirdes J.P. e Carpenter I., (2002), *Measuring the Quality of Long – Term Care in Istitutional and Community Settings*, in OECD, Measuring Up, Improving Health System Performance in OECD Countries.

Jacobzone S., (2000), *Coping with Aging: International Challenges*, Health Affairs, May/June 2000.

Jacobzone S., Cambois E., e Robine J.M., (2000), *Is the Health of Older Persons in OECD countries Improving Fast Enough to Compensate for Population Ageing?*, OECD Economic Studies.

Jacobzone S. e Oxley H., (2002), *Ageing and Health Care Costs*, International Politics and Society, n.1.

Lubitz J., Beebe J., Baker C., (1995), *Longevity and Medicare Expenditures*, New England Journal of Medicine, 332.

McClellan M. e Yan L., (2000), *Understanding Disability Trends in the U.S. Elderly Population: The Role of Disaese Management and Disease Prevention*, NBER, Stanford.

O'Connell J., (1996), *The Relationship between Health Expenditures, the Age Structures of the Population in OECD Countries*, Health Economics, 5.

OECD Health Data 2004

Seshamani M. e Gray A., (2004), *Ageing and Health-Care Expenditure: the red Herring Reviseted*, Health Economics, 13.

Stearns S. e Norton E.C., (2004), *Time to Include Time to Death? The Future of Health Care Expenditure Predictions*,

Health Economics, 13.

The OECD Health Project. *Towards High-Performing Health Systems*, Oecd, 2004,

Weisbrod B., (1991), *The Health Care Quadrilemma: an Essay on Technological Change, Insurance, Quality of Care, and Cost Containment*, Journal of Economic Literature, June 1991.

Wittenberg R., Sandhu B. e Knapp M., (2002), *Funding Long Term Care: the Public and Private Options*, in E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras e J. Kutzin (a cura di), *Funding health care: Options for Europe*, Open University Press, WHO.

Zweifel P., Felder S. e Meier M., (1999), *Aging of Population and Health Care Expenditure: a Red Herring?*, Health Economics, 5.

Zweifel P., Felder S. e Werblow A., (2004), *Population ageing and Health Care Expenditure: New Evidence on the "Red Herring"*, presentato alla Fifth European Conference on Health Economics, London 8-11 September 2004 e in corso di pubblicazione in Geneva Papers on Risk and Insurance - Issues and Practice, special issue on ageing.

Capitolo 8

Comunicare, educare e promuovere la salute. Nuovi strumenti e strategie

Giordani C.[1]

8.1 Introduzione

La nozione di "salute" si è evoluta nel tempo, passando da una mera "assenza di malattia e sintomi" ad un concetto più dinamico di crescita e promozione che prevede, stando alla definizione data dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), "uno stato completo di benessere fisico, psichico e sociale". Questo cambiamento del significato del termine "salute", insieme alla forte connessione tra stili di vita (fumo, alimentazione, movimento fisico, alcol), ambiente e salute, ha investito di una importanza sempre maggiore i processi di promozione, di analisi dei bisogni e dei fattori di rischio, oltre che l'informazione e la comunicazione in campo sanitario[2].

L'informazione riveste un ruolo centrale e pervasivo nel funzionamento di ogni economia, e come oggetto di scambio presenta caratteristiche che la differenziano in modo sostanziale rispetto a tutti gli altri beni e che richiedono, altresì, importanti modifiche istituzionali al funzionamento del mercato. Nonostante la quantità delle informazioni disponibili nelle moderne economie sia cresciuta, negli anni, in maniera esponenziale, il fenomeno dell'asimmetria informativa continua a contraddistinguere gli scambi nei mercati. In particolare, il settore sanitario è notoriamente caratterizzato da tale "imperfezione": gli erogatori dei servizi, infatti, hanno una maggiore conoscenza rispetto ai soggetti fruitori, i quali non possiedono una adeguata cognizione circa le misure di prevenzione da adottare, le procedure diagnostiche da segui-

[1] *CEIS Centre for Health Economics and Health Care Management, Facoltà di Economia, Università di Roma "Tor Vergata".*

[2] *Ministero della Salute, (2003c).*

To communicate, educate and promote health. New tools and strategies

Giordani C.[1]

Summary

Even though the amount of information available in the modern economies has been increasing over the years in an exponential manner, the phenomenon of the informative asymmetry keeps on distinguishing market exchanges. In particular, the health sector is known to be characterized by such an "imperfection": in fact, the providers of services have greater knowledge than those who take advantage of them, as the latter have no adequate information about the prevention measures to be adopted, the diagnostic procedures to be followed and the therapies they actually require.

It is not impossible for a patient-consumer to have a sufficient level of information to be able to make rational choices and, therefore, to maximize its total usefulness, but it is unquestionably an effort that proves very difficult and extremely expensive. Luckily, huge steps forwards have been made in the field of health communication, education and promotion, allowing consumers to become increasingly more knowledgeable and attentive.

Information, education, training and promotion represent instruments that are all the more needed to further and stimulate the self-responsibility of patient-consumers in the field of their own health, but also to curb in the longer run the system costs.

From this point of view, the main novelty would seem to be a greater attention to these issues

[1] *CEIS – Centre for Health Economics and Health Care Management, Faculty of Economics, "Tor Vergata" Rome University.*

re e le terapie di cui effettivamente necessitano[3].
Per il paziente consumatore possedere un livello sufficiente di informazione, per riuscire ad effettuare delle scelte razionali e massimizzare così la propria utilità totale, non è impossibile ma risulta sicuramente molto difficile e assai costoso. Fortunatamente, sono stati effettuati enormi passi in avanti nel campo della comunicazione, dell'educazione e della promozione sanitaria, consentendo di avere consumatori sempre più informati e attenti e di assistere così ad un progressivo cambiamento del rapporto di agenzia fra medico e paziente. Quando si tratta, però, di diagnosi e di possibili cure per sconfiggere una malattia, la sostanziale ignoranza del paziente-consumatore non solo continua a crescere a causa della sempre maggiore sofisticazione scientifica della medicina, ma permane anche a posteriori, a causa dell'incapacità di giudicare la qualità e l'efficacia delle prestazioni sanitarie di cui si è usufruito.
L'informazione, dunque, riveste un ruolo fondamentale nella scelta di consumi consapevoli ed appropriati da parte dell'utente, nel miglioramento della *customer satisfaction* ma anche nel processo di educazione sanitaria. Quest'ultima, secondo la definizione data dalla Commissione Europea (1998), "è un procedimento che si avvale di possibilità di apprendimento programmate, onde consentire ai singoli individui di prendere, in piena cognizione di causa, decisioni sui problemi connessi alla salute e di metterle in atto"; grande attenzione, dunque, va rivolta alle attività di promozione della salute e di prevenzione, che analizzeremo per grandi linee in questo lavoro.
Non solo l'informazione in senso stretto, dunque, ma anche l'educazione, la formazione e la promozione rappresentano strumenti più che mai necessari per incoraggiare e stimolare l'autoresponsabilità dei pazienti-consumatori nel campo della propria salute, ma anche per contenere, nel lungo periodo, i costi di sistema[4].
Tra gli ambiti di promozione a livello socio-culturale presenti nella letteratura internazionale più recente, se ne possono mettere in evidenza alcuni, tutti strettamente correlati al tema della comunicazione sulla salute:

[3] *Donia Sofio A., (2001)*
[4] *Ministero della Salute (2003b)*

at an international level, with the working out of suitable initiatives and legislative measures. Such an interest is driven by both the knowledge acquired on the risks inherent in the use of the technological potential to obtain health information, the quality of which fails so far to be sufficiently verified, and the awareness that the costs to be borne represent medium-long term investments without which it will be increasingly harder to ensure the financial sustainability of the health systems.
A reduction but also a reallocation of the costs deriving from the health protection among public and private sector requires an effort to cause households to accept greater responsibilities and, therefore, the need to ensure a greater awareness in individual choices. It is not by chance that, in the United Kingdom, the main NHS reform document refers in its title to the idea of a "pact for health", where the efficiency and quality of public measures is sided by greater individual responsibility in relation to lifestyles.
Italy, which has historically reported a predominance of supply-oriented policies, is currently experiencing a new institutional awareness of the importance to take action on the demand front, as witnessed for instance by the most recent information campaigns to stop smoking and acquire proper eating habits launched by the Ministry of Health that, based on Censis surveys, have had a very positive impact on users, even in terms of a modification of their life style with a view to improving their state of health. Definite relevance should also be attached to the other informative campaigns on such subjects as AIDS and alcohol.
With reference to the instruments used for disseminating health information, the mass media, with special regard to television and the press, prove to be good intermediaries in the communication among different bodies and among the latter and the community. However,

- programmi di educazione alla salute veri e propri, che offrendo agli utenti informazioni rivolte alla promozione della modifica volontaria dei propri comportamenti, mirano a sviluppare un certo grado di consapevolezza e capacità di autoregolazione;
- azioni sanitarie di tipo preventivo, come i programmi di diagnosi precoce e *screening*;
- politiche pubbliche sane, ossia le attività di salute pubblica che coinvolgono associazioni, professionisti e Istituzioni impegnate nelle politiche sociali;
- attività economiche e regolatorie, che puntano ad incoraggiare cambiamenti legislativi e finanziari allo scopo di migliorare lo stato di salute e ridurre i rischi.

Da diversi anni, ormai, è stata dichiarata a livello internazionale la necessità e l'importanza fondamentale di una giusta correlazione tra salute e comunicazione, con la volontà di superare ostacoli e problematiche che in passato hanno caratterizzato questo rapporto; quanto detto vale non solo per la informazione sanitaria in senso stretto, ma in particolare per la comunicazione in senso ampio, che interessa[5]:

- la comunicazione di massa come strumento di diffusione, attraverso i media, di informazioni e messaggi sulle malattie, sull'offerta di prodotti e relativi consumi e sulla loro portata in termini di salute;
- la comunicazione sistemica come strumento di collaborazione con settori della società normalmente estranei alle tematiche sanitarie, dall'economia alla produzione industriale e agricola, al campo dei servizi, alla politica, ai mass-media;
- la comunicazione interpersonale come strumento di approccio personalizzato al tema degli *health lifestyles* mediante interventi nei luoghi della socialità (scuola, palestra, etc.) e presso i mediatori e i moltiplicatori di lavoro (insegnanti, venditori, professionisti di settore, ecc.).

Ciò premesso, in questo contributo l'analisi si sviluppa esaminando in particolare alcuni aspetti dell'argomento, senza pretesa alcuna di esaustività:

1. il complesso mondo della domanda di informazione sanitaria;
2. il paradigma dell'offerta di informazione sanitaria e dei programmi di educazione e promozione della salute;

[5] *Ministero della Salute, (2003b)*

one should not neglect the continuous rise of the Web as a tool to search for health information. Lately, various studies confirm the tendency of the worldwide Web surfers to look in particular for news relating to literature and information having a definitely medical character, but also the description of diseases, the consistency of the diagnoses with the prescribed therapies and even the purchase of drugs through the Web in the Countries where this is allowed.

As regards the costs of health information in its broadest meaning, an international-wide analysis points to economic investments in the various Countries that are extremely different, and everything considered quite limited, for the realization of already implemented programs promoting healthy lifestyles as well as for the preparation of future projects.

In planning and enhancing the measures in this field, it seems worthwhile recommending that greater attention be paid to basic information, as objective elements are needed to back up a sound process of promotion, communication and planning. Our country witnesses a historical want of statistical morbidity-related information, and this lack makes it difficult, for instance, to take action on the front of the unmet needs, meaning needs that while meeting with greater awareness over time, have no way of turning into an actual demand.

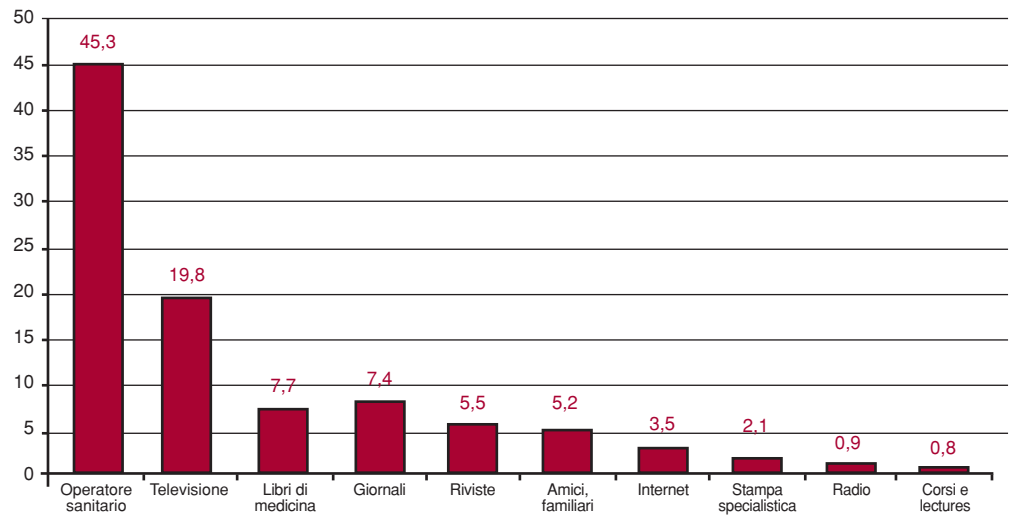
A considerable public effort will be needed to enhance the levels of information and the arrangements for its informed fruition.

3. gli strumenti utilizzati per diffondere la *health information*, con riferimento particolare ai media e ad Internet, evidenziando le iniziative più interessanti intraprese sia in ambito nazionale che internazionale, in particolar modo europeo;
4. i costi dell'informazione sanitaria, con una sommaria analisi delle spesa stanziata in vari Paesi per la realizzazione di programmi di promozione di stili di vita salutari;
5. gli effetti della *health information*, attraverso l'analisi dei risultati e delle ripercussioni dell'informazione sanitaria sugli utenti, sia pure in modo assolutamente parziale e lungi dall'essere completo, con la disamina dell'impatto di alcune campagne informative intraprese di recente nel mondo istituzionale italiano;
6. la regolamentazione e il ruolo delle Istituzioni.

8.2 Domanda di *health information* in Europa

Per avere un quadro delle caratteristiche della domanda di *health information* in Europa, con particolare riferimento alle fonti informative più consultate dai cittadini dei Paesi membri dell'Unione Europea (UE, dal 2004 composta da ben 25 Paesi), si possono osservare, tra gli altri, i risultati di uno studio Eurobarometro condotto alla fine dell'anno 2002 e presentato nel marzo del 2003 dall'EORG (*European Opinion Research Group*).
Da questo lavoro si evince come la principale fonte di informazione sanitaria utilizzata dai cittadini della UE intervistati sia rappresentata dagli operatori sanitari, ossia medici, farmacisti, ecc., consultati dal 45,3% della popolazione UE in via prioritaria rispetto alle altre fonti informative; la percentuale cresce ed arriva al 61,9% in Irlanda e al 61,8% in Spagna (cfr. Figura 1). Seguono, in questa speciale classifica, la televisione con il 19,8% (per-

Figura 1 - Principali fonti di informazione sanitaria nell'Unione Europea (% della popolazione UE)



Fonte: European Union citizen and sources of information about health, Eurobarometer 58.0, March 2003

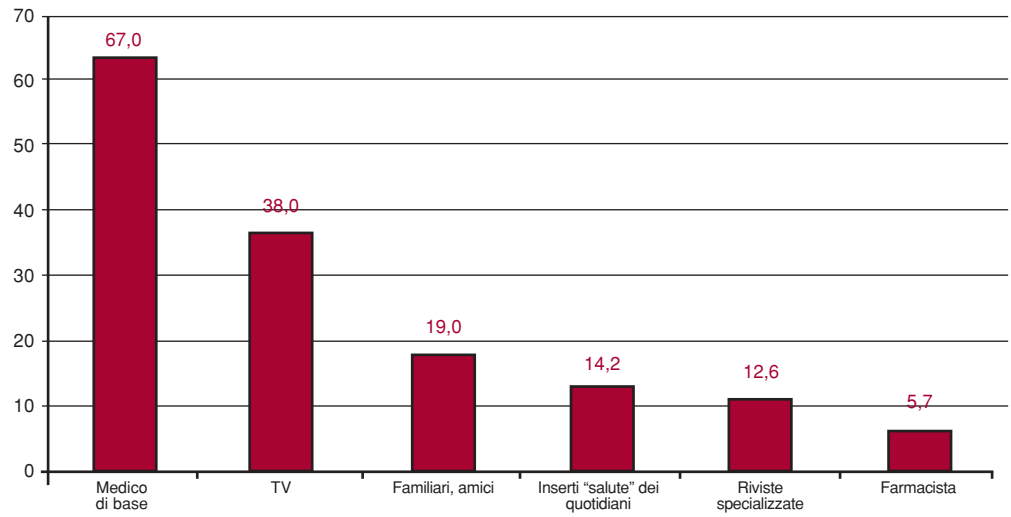
centuale che in Francia sale al 28,1%) e i libri di medicina con il 7,7%. Rispetto agli italiani, come vedremo nel paragrafo successivo, i cittadini europei utilizzano molto poco, come fonte informativa, la consultazione con amici e parenti (5,2%). In coda alla lista restano la radio con lo 0,9% e i corsi specialistici con lo 0,8%.
Internet risulta essere una fonte prioritaria di informazione sanitaria per il 3,5% della popolazione europea, ma in totale il *web* viene interrogato, in media, dal 23,1% dei cittadini UE alla ricerca di notizie sulla salute. La percentuale cresce se si considera la Danimarca (47,2%), l'Olanda (41,4%), la Svezia (38,7%), la Finlandia (33,5%) e il Lussemburgo (32,4%). Poco propensi ad usare la Rete come fonte informativa la Francia (15,3%), il Portogallo (14,0%), la Spagna (13,5%) e, fanalino di coda, la Grecia (11,7%). Nonostante quanto detto finora, una larga parte della popolazione UE, pari al 41,5%, è comunque convinta che Internet sia un buon mezzo per ottenere informazioni in tema di salute, e proprio per questo la sanità in rete si sta sviluppando in maniera esponenziale, come vedremo meglio nel prosieguo.
Le fonti ritenute più affidabili, sempre secondo lo studio Eurobarometro del 2002-2003, risultano essere le Organizzazioni sanitarie e mediche (es. Croce Rossa, Medici senza Frontiere, etc.) per l'84,4% della popolazione UE, seguite dalle Organizzazioni dei Consumatori (67,2%) e dalle Scuole/Università (65,5%). Non godono di buona reputazione le Parti Politiche (in cui dichiara di aver fiducia solo il 10,7%), ma neanche i media spiccano nella classifica: il 43,1% dei cittadini dell'Unione dichiara di non fidarsi delle informazioni che essi forniscono, con qualche differenza tra i vari Paesi membri (si va dal 66,8% del Portogallo al 44,2% dell'Olanda; l'Italia si attesta al 42,6%).

8.3 Domanda di *health information* in Italia

Oggi, come già evidenziato, il paziente-consumatore riveste un ruolo sempre più "attivo", con la volontà di partecipare direttamente alle varie fasi diagnostiche e terapeutiche, optando per un rapporto di collaborazione reciproca col proprio medico in vista della salute. Oltre all'accesso alle risorse sanitarie e ai servizi, dunque, il paziente-utente ha bisogno di informazioni e consulenze atte a guidarlo nelle sue scelte, in un'ottica di *empowerment* delle sue strategie sia nella fase di prevenzione che in presenza di malattie. Del resto, come rilevato da una indagine FMB-Censis del 2001[6], nel caso in cui sia presente un problema di salute ben l'83,6% degli italiani preferisce capire cosa sta succedendo, mentre solo il 16,4% si "accontenta" di trovare subito il rimedio più efficace per una pronta guarigione. Inoltre, per il 60,6% degli italiani il rapporto col medico è visto come una "collaborazione reciproca in vista della salute", mentre solo per il 3,9% rappresenta un "rapporto di subordinazione".
Con riferimento alle diverse fonti da cui attingere preziose informazioni, come si può vedere dal grafico 1, c'è una netta prevalenza del medico di medicina generale, cui si rivolge il 67,0% degli italiani (nel 1987 la stessa percentuale era pari al 63,6%, scesa a 53,4% nel 1998). Nella speciale classifica delle fonti di *health information*, il medico di base è seguito, con il 19,0%, dalla consultazione fra gruppi informali, in particolare familiari, amici e colleghi di lavoro,

[6] *CENSIS – Forum per la Ricerca Biomedica, (2001).*

Figura 2 - Principali fonti di informazione sanitaria in Italia (valori %)



N.B. Il totale è diverso da 100 perché erano possibili più risposte

Font: indagine FBM-Censis, 2001.

attraverso la condivisione di conoscenze acquisite più o meno "occasionalmente". In coda alla lista delle fonti più consultate si trova il farmacista, con appena il 5,7%.
Da evidenziare è anche la crescita della fiducia in Internet, rilevata da una indagine del Forum per la ricerca biomedica e dal Censis su un campione rappresentativo di 1.200 italiani, i cui risultati sono stati presentati nel maggio del 2004[7]. L'uso della Rete da parte di pazienti consumatori viene giudicato positivamente da una percentuale assai maggiore di quella registrata a livello europeo e pari al 60,2% degli italiani (quasi il 75,0% tra i più giovani), perché accresce la cultura scientifica, mentre il 72,9% (l'84,0% tra i più giovani) ne valuta in modo positivo l'utilizzo da parte dei medici, in quanto consente l'aggiornamento in tempo reale. In linea con il già evidenziato lecito desiderio del paziente-utente di comprendere e controllare la sfera del proprio personale benessere, si colloca la richiesta del 62,7% degli italiani di ricevere informazioni approfondite, contro un 15,9% che si accontenta di poche informazioni essenziali, in quanto convinto che le scelte restino comunque una competenza esclusiva del medico. Se è vero, dunque, che esiste una forte necessità del paziente-consumatore di un elevato grado di consapevolezza e responsabilità sui fatti che riguardano la propria salute, è vero anche che, stando sempre all'indagine FMB-Censis del 2001, il 76,8% di italiani sente la necessità di una fonte di informazione "autorevole", in grado di orientare e dare sicurezza alle persone sui fatti importanti della salute e a cui affidare la decisione ultima relativa alle proprie scelte. A questo proposito, è da rilevare che il 65,5% degli italiani ripone massima fiducia, tra le

[7] *CENSIS – Forum per la Ricerca Biomedica, (2004a).*

varie fonti dell'informazione sanitaria, proprio nel medico di base[8]. A supportare quanto appena affermato intervengono ancora i dati del Censis: oltre il 90,0% degli italiani si rivolge al proprio medico di famiglia per malattie gravi o molto gravi, il 75,7% per malattie poco gravi e il 66,3% anche per i piccoli disagi.
Con riferimento alle insoddisfazioni dei pazienti-consumatori, esse non vengono rivolte tanto alla "qualità" delle informazioni ricevute dal personale sanitario durante il corso di una malattia (giudicate invece "abbastanza soddisfacenti" dal 42,9% degli italiani e "soddisfacenti o molto soddisfacenti" dal 31,2%)[9], quanto piuttosto allo scarso livello di informazioni disponibili per l'orientamento del paziente all'interno dei servizi del Sistema Sanitario Nazionale. In questo senso, la capacità del sistema di indirizzare gli utenti all'interno della mappa dei servizi esistenti è insoddisfacente per il 67,2% degli italiani nel 1987 e il 75,4% nel 1998.
Il quadro generale stilato dal Censis attraverso l'analisi dei dati sulla domanda di informazione sanitaria, dunque, vede emergere un forte desiderio di partecipazione, autoresponsabilizzazione e interattività da parte dei pazienti consumatori, così come, parallelamente, una sentita necessità di affidarsi ad una fonte autorevole per alleviare un poco il senso di responsabilità delle proprie scelte sulla salute. Per finire, emerge una reale propensione da parte degli utenti ad appoggiarsi comunque al proprio medico di famiglia per orientarsi nell'ampio e incerto paradigma di offerta di salute e di *health information*.

8.4 Informazione, educazione sanitaria e promozione di *health lifestyles* in Europa e Italia

Come anticipato, oltre all'informazione in senso stretto si rivelano fondamentali anche l'educazione, la formazione e la promozione della salute per consentire ai pazienti di acquisire una forte auto-responsabilità per ciò che concerne il proprio stato psico-fisico e di effettuare consumi consapevoli e appropriati per migliorare il proprio livello di soddisfazione.
A livello internazionale, gli attori principali delle strategie nel campo della comunicazione preventiva sulla salute e gli stili di vita sono attualmente l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e l'*International Union for Health Promotion and Education* (IUHPE).
A livello mondiale, queste due Organizzazioni collaborano, ad esempio, per la realizzazione di una importante campagna contro la dipendenza dal tabacco. Nell'ambito dello stesso argomento la Comunità Europea ha lanciato nel 2002, in occasione della "Giornata internazionale senza tabacco", una campagna di informazione paneuropea nata con lo scopo di prevenire l'abitudine al fumo nei più giovani.
Vale la pena di citare altri due ambiziosi progetti promossi dall'OMS nel campo della promozione della salute: sono il Progetto "Città sane", attraverso il quale si cerca di collegare i principi della salute ai programmi di sanità pubblica e di pianificazione urbana, interloquendo anche con le amministrazioni locali, e il Progetto "Ospedali della

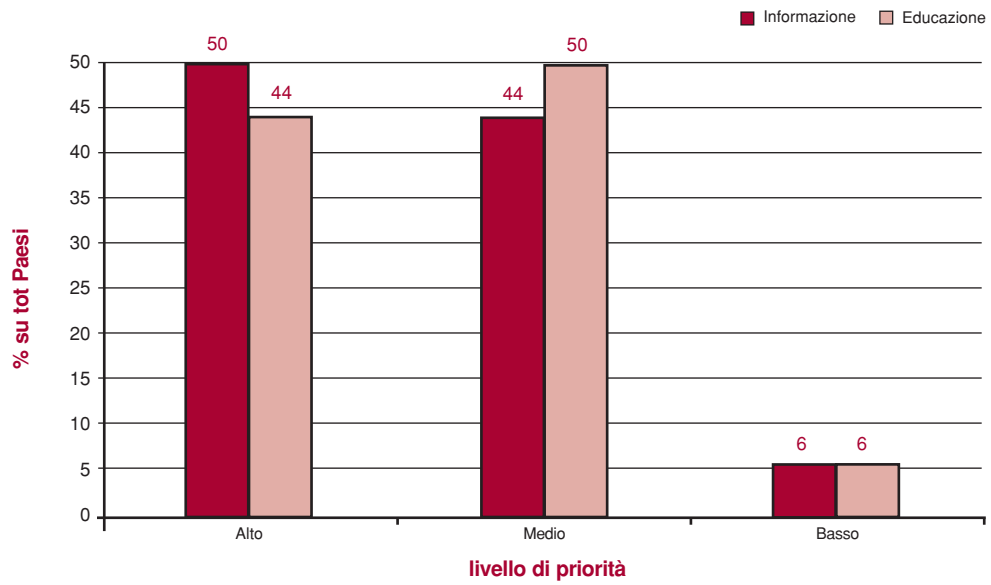
[8] *Indagine CENSIS, (1999). Il totale è diverso da 100 in quanto erano possibili più risposte.*

[9] *Indagine FBM-Censis, (2001).*

Promozione della salute", nato con l'ambizioso obiettivo di attivare un processo strategico di sviluppo degli ospedali europei.
La stessa Unione Europea studia con una attenzione sempre maggiore le strategie comunicative all'interno delle politiche sanitarie e sociali europee, e in tale direzione essa sta compiendo lodevoli sforzi in tema di comunicazione e promozione della salute, supportati da tutte le adeguate proposte di provvedimenti legislativi del caso. Anche nel recente Programma di Azione Comunitaria 2003-2008 nel campo della sanità pubblica è possibile trovare obiettivi strategici degni di attenzione che riguardano il monitoraggio della salute e degli stili di vita, della formazione e della valutazione, che dovranno trovare attuazione in tempi rapidi.
Nel nostro Paese, come vedremo meglio in seguito, è particolarmente sentita l'esigenza di aumentare gli interventi nel campo della prevenzione sanitaria nelle sue diverse forme (prevenzione primaria – di cui fa parte anche la comunicazione sugli stili di vita -, diagnosi precoce e terapia, igiene e assistenza sanitaria). Tale necessità spicca con particolare evidenza nell'ultima Relazione sullo stato sanitario del Paese (2001-2002) redatta dal Ministero della Salute e presentata al Parlamento e al Governo nella primavera 2003, ma anche nel nuovo Piano Sanitario Nazionale 2003-2005.
Proprio per l'attuazione di questi Programmi, il Ministero della Salute italiano ha improntato e realizzato un piano di comunicazione istituzionale su stili di vita e salute per il 2002 e il 2003, affrontando in particolare i temi della dissuasione dal fumo e della corretta alimentazione. Per la realizzazione sono state coinvolte le principali emittenti televisive e la stampa a livello nazionale e locale, privilegiando un tipo di comunicazione "integrata" tra i vari mass-media, e non sono mancate le iniziative per i navigatori della Rete.
Sempre in questo ambito, il Ministero ha condotto una indagine tra i Paesi dell'Unione Europea nella prima metà del 2003, attraverso un questionario sottoposto ai referenti ufficiali dei Paesi membri e (ex) candidati, con la finalità di misurare le iniziative realizzate e le prospettive future in tema di politiche sanitarie finalizzate alla promozione di sani stili di vita nonché alla diffusione di informazione, comunicazione e formazione sulla e per la salute. Tra i Paesi che hanno risposto al questionario, è emersa una grande attenzione generale sul tema ed un interesse istituzionale alla promozione futura di sani stili di vita.
In particolare, come si può osservare più in dettaglio nella scheda dell'Allegato 1, quasi tutti i Paesi coinvolti hanno dichiarato di aver programmato piani di informazione e sensibilizzazione per favorire l'orientamento nel settore degli stili di vita, come importante strumento di promozione della salute, prevedendo anche un importantissimo programma di monitoraggio delle iniziative poste in essere. Con riferimento alle azioni di intervento più rilevanti improntate fino ad oggi, in quasi tutti i Paesi coinvolti nell'indagine spicca un interesse particolare per argomenti quali fumo, alcol, abuso di sostanze stupefacenti e malattie socialmente propagate, come HIV/AIDS ed epatite.
Tra gli obiettivi strategici predisposti per il futuro, è interessante osservare le diverse priorità assegnate dai vari Paesi: promuovere una corretta alimentazione e contrastare l'obesità risulta essere l'obiettivo primario, ad esempio, per Austria, Belgio, Spagna e Slovenia, mentre è la lotta al fumo la principale strategia da perseguire per Finlandia, Olanda, Portogallo, Regno Unito, Cipro e Lettonia. Negli altri Paesi, invece, prevale l'in-

teresse alla promozione di una sana attività fisica e alla riduzione del consumo di alcol e di droghe.
Nella stragrande maggioranza dei partecipanti all'indagine, infine, sono stati inseriti, tra le molteplici azioni di cui sopra, programmi di monitoraggio delle iniziative realizzate, con l'adozione di set di indicatori standardizzati.
Tra i risultati più interessanti dell'indagine condotta dal Ministero della Salute, poi, rileviamo come nell'ambito delle politiche pubbliche nazionali molti Paesi UE abbiano attribuito all'informazione e all'educazione sulla salute un livello di priorità elevato: è questo il caso, ad esempio, di Belgio, Germania, Danimarca, Finlandia, Olanda, Svezia, Slovenia. La priorità di tale strumento all'interno della propria politica sanitaria è invece stata dichiarata come "media", tra gli altri, da Austria, Grecia, Spagna, Portogallo, Cipro, Lettonia e Malta. Un livello basso di priorità è stato invece dichiarato dalla sola Slovacchia.
Lo scenario sopra descritto porta inevitabilmente a considerare con forza e determinazione il bisogno di una sempre più stretta cooperazione a livello europeo per realizzare una comunicazione di massa, sistemica e interpersonale sugli stili di vita e la salute, obiettivi peraltro già perseguiti e fortemente auspicati nel nuovo Programma di Azione Comunitaria nel campo della salute. Proprio per realizzare gli obiettivi strategici di tale Programma, inoltre, occorre individuare le linee operative più opportune. Per ottenere risultati adeguati agli ambiziosi obiettivi preposti, occorre impegnarsi per migliorare la

Figura 3 - Livello di priorità attribuita all'informazione ed all'educazione come azioni di politica sanitaria dei Paesi intervistati (valori % sul totale dei Paesi)



Fonte: Ministero della Salute, (2003a), Politiche sanitarie, stili di vita e comunicazione pubblica in Europa: l'indagine tramite questionario

qualità della comunicazione nonché misurarne e verificarne l'efficacia e l'impatto, il tutto supportato da adeguate risorse professionali e strutturali da destinare allo scopo.

8.5 Strumenti nella nuova società dell'informazione: media, Internet e salute

8.5.1 Mass-media e salute

La comunicazione su argomenti di sanità e salute diffusa dai mass-media riveste un ruolo sempre più strategico, anche e soprattutto grazie alla grande fruibilità e incidenza dei mezzi di comunicazione, nonché alla continua crescita dell'auto-consapevolezza del cittadino paziente e della sua voglia di conoscenza e di interattività sui temi che riguardano il proprio stato di salute. I mass-media, dunque, risultano essere buoni intermediari nella comunicazione fra enti diversi e fra questi e i cittadini[10]. Proprio ai media, importante fonte di informazione sanitaria destinata al grande pubblico, il Censis ha dedicato, nel 2004, un'indagine che prende in considerazione le principali caratteristiche e modalità con le quali i mezzi di comunicazione di massa italiani intervengono su queste particolari tematiche, analizzando sia i programmi televisivi che alcuni articoli e inserti salute allegati ai maggiori quotidiani italiani.

Una prima osservazione da fare riguarda la differente tipologia di comunicazione sulla salute che può essere fruibile dai media. Occorre infatti distinguere la "comunicazione con fini sociali" dalla "comunicazione di mercato". La prima si prefigge essenzialmente lo scopo di divulgare informazioni di carattere etico in funzione del raggiungimento del benessere collettivo, ad esempio attraverso l'induzione di comportamenti finalizzati alla promozione della salute, la diffusione di informazione scientifica supportata da fonti autorevoli, la divulgazione di aspetti normativo-prescrittivi in linea con le politiche sanitarie. L'obiettivo della comunicazione di mercato, molto diffusa, è invece essenzialmente quello di far conoscere prodotti e servizi al grande pubblico, supportato da logiche di consumo e dall'esasperata esaltazione del benessere. Spesso, infatti, ci si imbatte in "*un tipo di comunicazione, anche non necessariamente di mercato, ma che appare territorio del quotidiano e dell'estetico, dove imperversa la banalizzazione e la produzione di stereotipi, dove l'identificazione collettiva è sollecitata dalla spettacolarizzazione della medicina, dove è diffusa una cultura "cosmetologica" che, centrata sulla bellezza e sulla "manutenzione" del corpo, incoraggia, o forse illude, le persone di poter aggirare le tappe biologiche e sfuggire al decadimento psico-fisico*"[11].

Proprio per la complessità del tema e l'importante ruolo strategico che la comunicazione dei mass-media riveste in relazione all'adozione e alla modifica dei comportamenti che riguardano la prevenzione della salute, è stata fornita una serie di indicazioni dai codici deontologici (Ordine dei Medici ed Ordine dei Giornalisti) e dai documenti di autoregolamentazione di categoria. Da tali indicazioni emerge che la comunicazione sanitaria non può assumere le medesime caratteristiche della pubblicità commerciale, e coloro che

[10] *CENSIS – Forum per la Ricerca Biomedica, (2004a).*

[11] *CENSIS – Forum per la Ricerca Biomedica, (2004a).*

mettono in essere azioni di educazione alla salute devono innanzitutto essere competenti nella materia che trattano, non possono adottare forme pubblicitarie di nessun tipo e devono fornire informazioni in modo obiettivo e soprattutto cauto, ovvero senza creare false illusioni o preoccupazioni infondate[12].

Tra le raccomandazioni, poi, viene stabilito che l'informazione sanitaria, con qualsiasi mezzo venga diffusa, deve essere non discrezionale ma supportata da dati oggettivi e controllabili, con chiaro riferimento alle fonti. Infine, sui temi "sensibili", ovvero particolarmente delicati, occorrerebbe mettere in atto ampie discussioni, con opinioni e competenze diverse.

Rimandando al lavoro del Censis per maggiori dettagli, qui si vuole solo mettere in evidenza qualche risultato dell'indagine. Considerando tra i media le trasmissioni televisive, i quotidiani, settimanali, periodici e mensili, nonché inserti e riviste specializzate, risulta evidente come essi costituiscano uno strumento essenziale per la divulgazione di notizie a carattere scientifico, in quanto riescono a stimolare e aggiornare le conoscenze in materia del grande pubblico, mettere in contatto cittadini e professionisti del settore, valutare la qualità dei servizi, prospettare una vasta gamma di servizi terapeutici. Spesso però, come evidenzia il Censis, lo spettatore rischia di rimanere all'oscuro di dubbi e incoerenze che navigano nel vasto mare della scienza. Da rilevare il boom delle trasmissioni televisive che trattano di prevenzione, medicina e salute, che registrano alti indici di ascolto e il maggiore coinvolgimento del pubblico femminile, da sempre più attento a particolari argomenti.

I dati mostrano come, sia in televisione che sulla carta stampata, tra le notizie scientifiche divulgate emergano in netta prevalenza quelle di biomedicina, che include la medicina clinica, l'alimentazione e il benessere, la farmacologia, la psicologia/psichiatria, la bioetetica. Le altre notizie di carattere scientifico possono riguardare invece l'ambiente, le scienze della vita, la fisica e la chimica (scienze dure), ecc[13]. Qualche numero: nei telegiornali la biomedicina occupa il 64,0% dello spazio dedicato all'informazione scientifica, mentre la percentuale si attesta al 55,0% nei quotidiani.

Rimanendo nella carta stampata, l'analisi effettuata dal Censis sugli inserti salute dei maggiori quotidiani nazionali stampati (anno 2003) ha evidenziato un soddisfacente livello di efficacia comunicativa della divulgazione medico-sanitaria riferita ad alcune delle patologie a più elevato tasso di mortalità in Italia (con una netta preponderanza delle malattie tumorali, ma non solo). All'interno dei 214 articoli considerati, direttamente o indirettamente riconducibili alle patologie di grande impatto sociale e a più elevato tasso di mortalità, difficilmente è stata rilevata una ridondanza di informazioni e il linguaggio è risultato nell'insieme semplice e facilmente comprensibile. I temi prevalenti hanno interessato maggiormente l'area della ricerca, con particolare riferimento agli interventi chirurgici e alle nuove tecnologie esistenti, ma molti sono stati anche gli articoli incentrati sulla prevenzione nelle sue diverse chiavi di lettura. Si è invece registrata una certa caren-

[12] *Cfr. ad es. artt.53-54 del Codice di Deontologia Medica dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.*

[13] *CENSIS – Forum per la Ricerca Biomedica, (2004a).*

za numerica di articoli sulla dimensione sociale della malattia (con particolare riferimento all'assistenza necessaria per i pazienti e per le loro famiglie), nonché alla dimensione psicologica del paziente (perdita di controllo, isolamento, depressione).
In generale, dunque, si può affermare, stando a quanto rilevato dal Censis, che la comunicazione sanitaria nei media è improntata più alla divulgazione di competenze e conoscenze, la maggior parte di natura prettamente scientifica, che non sulla promozione ed educazione alla salute e a stili di vita corretti. Si può dunque fare di meglio, anche se importanti passi in avanti sono già stati fatti e altri sono in essere, anche in considerazione della velocità con cui si modificano le esigenze di *health information* dei cittadini pazienti, che cercano sempre più di orientarsi nel vasto e a volte nebuloso paradigma dell'offerta.

8.5.2 Internet e salute

Nell'ultimo ventennio l'evoluzione delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, e in particolare lo sviluppo del mondo di Internet, ha trasformato l'economia, gli studi, la ricerca e l'amministrazione, nonché il nostro modo di vivere[14]. Favorendo la crescita economica, queste nuove tecnologie possono creare nuovi posti di lavoro, aumentando così benessere e prosperità. Il Governo italiano e gli altri Governi dell'Unione Europea sono ben consapevoli di queste potenzialità e hanno quindi intrapreso importanti iniziative per fare in modo che la nuova società, basata sulla conoscenza, sia aperta a tutti.
Tra i vari campi di applicazione delle nuove tecnologie dell'informazione e della comunicazione quello della salute (*e-health*) assume una certa importanza, anche per le particolari caratteristiche che contraddistinguono il settore sanitario e la *health information*. In particolare, in questo contributo si intende analizzare quelle che sono le più importanti caratteristiche dei siti *web* italiani che trattano di salute e medicina, nonché le principali azioni e strategie in atto attualmente non solo in Italia ma anche in Europa[15].
Come rilevato lo scorso anno nel Rapporto CEIS 2003, si conferma negli ultimi tempi la tendenza dei navigatori del *World Wide Web (WWW)* a ricercare soprattutto notizie che riguardano letteratura e informazioni di carattere prettamente medico, ma anche la descrizione di malattie, la congruenza delle diagnosi con le terapie prescritte e persino l'acquisto in rete di farmaci, senza alcun controllo medico[16].
A questo proposito, come rilevato nel contributo dello scorso anno, esistono diverse linee guida e criteri da rispettare affinché un sito *web* che tratta di medicina possa essere considerato sicuro e affidabile. Ricordiamo quelle dell'Ordine dei medici, ad esempio, che prevedono regole come il dovere di informare l'Ordine dell'apertura di un nuovo sito, l'avvertimento di divulgare solo ed esclusivamente una informazione chiara e veritiera, senza

[14] *Commissione Europea, (ottobre 2002).*

[15] *Si rimanda al Rapporto CEIS 2003 per una analisi più approfondita sui dati statistici relativi all'utilizzo di Internet in ambito sanitario ed alle linee guida elaborate per la costruzione di siti Internet medici e per la valutazione della loro qualità.*

[16] *CENSIS – Forum per la Ricerca Biomedica, (2004a).*

ospitare banner pubblicitari né tentare di orientare il cittadino verso un organismo o l'altro, pubblico o privato che sia.
La Commissione Europea, poi, ha sostenuto ampiamente l'iniziativa della Carta HON (*Health On the Net Foundation*), nata con lo scopo di valutare la qualità dei siti dedicati a salute e medicina. Rimandando al Rapporto CEIS 2003 per ulteriori dettagli sull'iniziativa, in questa sede si vuole fare un punto della situazione tra i vari siti web esistenti in Italia. Da un'indagine del Censis relativa al 2003, tra i più importanti siti italiani che trattano di argomenti sulla e per la salute, solo il 33,9% ha la certificazione HON, ossia è stato costruito nel rispetto delle linee guida stilate dalla Fondazione. Andando però ad analizzare altre importanti caratteristiche che un sito deve presentare, la situazione è più confortante: nel 72,6% dei casi è rispettata la trasparenza (ad esempio, chiara specificazione dell'identità dell'autore), nell'83,9% dei siti vengono definite in maniera comprensibile le finalità, nell'80,6% è chiara l'indicazione delle fonti dei contenuti informativi. Una certa mancanza viene però rilevata con riferimento al rispetto della *privacy*, garantita solo nel 33,9% dei casi analizzati. Altra carenza rilevata la mancanza di una mappa del sito nell'86,0% dei casi, ma in compenso in quasi tutti i siti oggetto di indagine è presente una *home page* chiara, un'alta riconoscibilità e visibilità dei *link*, nonché *link* ad altri siti, ma sono carenti quasi sempre i servizi *on line*, come ad esempio le consulenze mediche.
Con riferimento all'uso di Internet da parte dei medici, e in particolare quelli europei, la maggioranza di essi è *on line* per ragioni professionali e ammette che l'utilizzo delle risorse in rete influisce in maniera positiva sui propri comportamenti, soprattutto sulle diagnosi e le prescrizioni effettuate, oltre a rappresentare un'ottima opportunità e risorsa per l'aggiornamento professionale. Questo è il quadro che emerge dallo studio *European Physician and the Internet*, sviluppato nel 2003 dal *Boston Consulting Group (BCG)*, che ha analizzato più di 600 medici in tre Paesi europei: Germania, Francia e Svezia. Prevale la Svezia, con un 74,0% di medici navigatori, seguita dalla Germania con il 64,0% e dalla Francia con il 55,0%. I medici europei, che prediligono siti istituzionali e indipendenti e portali sulla salute, impiegano più della metà del tempo passato in rete per la soddisfazione delle proprie esigenze professionali, per cercare articoli scientifici o seguire corsi di aggiornamento ECM. Anche secondo i medici, dunque, Internet è uno strumento fondamentale e in continua crescita che incide in modo positivo sul rapporto medico-paziente, basato su una forte "interattività" e atteggiamento di collaborazione e auto-responsabilizzazione. La conclusione dello studio del *BCG* è che l'*e-health* è ormai uno strumento fondamentale per il potenziamento dell'efficienza del sistema, migliorando la qualità dell'offerta ed un controllo dei costi che consente la razionalizzazione della spesa sanitaria, rappresentando una grande opportunità per le aziende farmaceutiche come per lo Stato.
Sempre in ambito europeo, lo sviluppo delle potenzialità dell'utilizzo di Internet risulta evidente anche andando ad analizzare i comportamenti dei cittadini pazienti all'interno del *WWW.* Secondo uno studio Eurobarometro del 2003[17], risulta confermato che oltre il 40,0% degli europei utilizza Internet alla ricerca di informazioni su sanità e salute (e lo fanno

[17] *EB Flash 135, April 2003.*

inoltre ben 110 milioni di americani). Secondo uno studio condotto negli USA e in Europa dalla *Harris Interactive* e dalla già citata *Health On the Net Foundation* nel marzo del 2002, sembra che le informazioni che i cittadini trovano sulla rete abbiano una grande ripercussione sul loro rapporto con il medico: la maggior parte degli utenti pazienti discute delle informazioni trovate in rete con il proprio medico, molti chiedono delle prescrizioni mediche dopo aver letto articoli su Internet, un numero meno consistente di utenti prende un appuntamento col proprio medico oppure inizia trattamenti di medicina alternativa. Sempre dallo studio in precedenza citato, risulta che l'82,5% dei cittadini americani intervistati e il 69,9% di quelli europei cerca su Internet informazioni sui farmaci, mentre una percentuale inferiore li acquista in rete (ma nella maggioranza dei casi ciò avviene comunque dietro prescrizione medica).
A conclusione di questa sintetica analisi del mondo della sanità in rete, vale la pena di analizzare brevemente i contenuti dei primi *eEurope Awards for Health*, riconoscimenti assegnati alla Conferenza sull'*e-Health*, dal titolo *The Contribution of ICT to Health* tenutasi nel maggio 2003 dalla Commissione Europea. Lo scopo era quello di offrire uno "stato dell'arte" con riferimento a tutti gli aspetti della "*Sanità on line"*, e ha interessato quattro grandi macro aree: strumenti di *e-health* per i cittadini ed i pazienti, sistemi e servizi di *e-health* per i professionisti del settore, telemedicina e assistenza domiciliare, *e-health networks* nazionali e regionali. Denise Silber, nel suo paper *The case for eHealth*, presentato alla suddetta Conferenza del 2003, cita moltissimi esempi di strumenti e applicazioni della sanità in rete nell'ambito dei Paesi europei, elencati in dettaglio nell'Allegato 3. Le tematiche interessate riguardano portali sanitari che dispensano informazioni ai cittadini pazienti, servizi di supporto nell'ambito di particolari categorie di malattie, strumenti per l'aggiornamento continuo in medicina, dispositivi per l'assistenza domiciliare, creazione di reti nazionali e regionali per l'assistenza sanitaria.

8.6 Costi dei programmi di promozione della salute

Lo scenario descritto ha portato ad evidenziare il forte bisogno di una sempre più stretta cooperazione a livello europeo per la realizzazione di una comunicazione di massa, sistemica e interpersonale sugli stili di vita e la salute. È stato poi da più parti evidenziato come per ottenere risultati adeguati agli ambiziosi obiettivi preposti, occorra impegnarsi per migliorare la qualità della comunicazione nonché misurarne e verificarne l'efficacia e l'impatto, il tutto supportato da adeguate risorse professionali e strutturali da destinare allo scopo.
A questo proposito, nella Tabella 1 vengono riportati i livelli di spesa dichiarati per la messa in opera delle principali iniziative di promozione sanitaria, con interessanti differenze tra i vari Paesi oggetto di una indagine effettuata nel 2003 dal Ministero della Salute, in occasione del Semestre Europeo di Presidenza Italiana. In particolare, nella tabella vengono elencati valori indicativi, relativamente ai vari livelli di spesa dichiarati, uniformati attraverso l'individuazione di un valore pro-capite espresso in euro (nell'Allegato 2 è possibile trovare i valori assoluti). Sebbene sia difficile effettuare dei confronti omogenei, si vuole qui solamente proporre qualche numero per avere un'idea sulle differenze nelle politiche adottate dai vari Paesi.
Per fare degli esempi: in Austria sono stati previsti 0,897 Euro pro capite all'anno destinati a iniziative di promozione sanitaria; in Belgio ci si attesta a circa 0,483 Euro; in Germania e Spagna si ha uno stanziamento, rispettivamente, di 0,303 Euro e 0,096 Euro. In Irlanda si sale a 1,766 Euro per anno. Nel Regno Unito molti sono stati i fondi stanziati per la lotta al fumo:

si parla di 1,845 Euro per il biennio 1999-2000 e per il 2002-2003, con l'aggiunta di ulteriori 3,350 Euro per i periodi 2003-2004 e 2005-2006. Tra gli "ultimi arrivati" nell'Unione Europea (2004), le risorse destinate a programmi di promozione della salute si attestano su valori più bassi degli altri Paesi, come si evince dalla tabella. Per fare un esempio, in Slovacchia il massimo valore pro capite previsto è pari a 0,014 Euro, mentre di poco superiori sono i valori per la Slovenia (0,050 Euro pro-capite) e la Lettonia (circa 0,025 Euro totali); lo stanziamento previsto da Malta arriva a circa 0,300 Euro per abitante.

Tabella 1 - Livello di spesa stanziato per la realizzazione dei programmi di promozione di stili di vita salutari, valori pro-capite in euro

PAESE	Budget per la promozione di stili di vita salutari (valori in euro pro capite, anno di riferimento 2003)
Austria	Risorse del settore pubblico nazionale: 0,89706 Euro per anno dalla Fondazione "Healthy Austria"
Belgio	Risorse del settore pubblico nazionale: 0,48282 Euro
Germania	Risorse del settore pubblico nazionale: 0,30290 Euro Risorse del settore pubblico europeo: diverse Risorse del settore privato: circa 0,06058 Euro
Spagna	Risorse del settore pubblico nazionale: 0,0969627 Euro
Irlanda	Risorse del settore pubblico nazionale: 1,76607 Euro per anno Risorse del settore pubblico locale: 0,25230 Euro per anno
Svezia	Risorse del settore pubblico nazionale: per lo schema 1): 0,10066 Euro nel 2001; per lo schema 2): 0,36632 Euro l'anno per 3 anni
Regno Unito	"Smoking Cessation": un totale di 1,84536 Euro per i periodi 1999-2000 e 2002-2003, ed altri 3,35078 Euro per i periodi 2003-2004, e 2005-2006; fondi addizionali per la dissuasione dal fumo e la lotta all'AIDS
Lettonia	Risorse del settore pubblico nazionale: per lo schema 1): 0,02145 Euro; per lo schema 2): 0,00429 Euro Risorse del settore pubblico locale: per lo schema 2): 0,00086 Euro
Malta	Risorse del settore pubblico europeo: per lo schema 1): 0,04461 Euro; per lo schema 2): 0,03560 Euro Risorse del settore pubblico nazionale: 0,30204 Euro
Slovenia	Risorse del settore pubblico nazionale: da 0,03509 Euro a 0,05013 Euro Risorse del settore pubblico locale: da 0,00251 Euro a 0,00501 Euro
Slovacchia	Risorse del settore pubblico nazionale: da 0,00046 Euro a 0,01394 Euro Risorse del settore pubblico locale: da 0,00015 Euro a 0,00019 Euro

N.B. Il valore dei cambi si riferisce all'anno 2003, la popolazione è calcolata al 1 gennaio 2004 (valori stimati per Germania, Irlanda e UK, valori previsionali per Austria, Belgio e Spagna)

Fonte: nostra elaborazione su dati forniti da Eurostat, Ufficio Italiano Cambi e Ministero della Salute (Politiche sanitarie, stili di vita e comunicazione pubblica in Europa: l'indagine tramite questionario, Conferenza sugli stili di vita salutari: educazione, informazione e comunicazione, 3-4 settembre 2003, Milano).

8.7 Effetti della *health information*: l'impatto delle campagne informative istituzionali italiane

La misurazione e la verifica dell'efficacia e dell'impatto della comunicazione hanno a che vedere con la progettazione degli interventi comunicativi e con l'adozione di metodologie scientifiche di valutazione, che comprendano strumenti qualitativi e quantitativi, verifiche a breve, a medio e a lungo termine, focalizzazione della verifica su specifici target come sulle dimensioni della cultura collettiva. Per il raggiungimento dei risultati auspicati occorre destinare a tale scopo adeguate risorse economiche, professionali e strutturali[18].

Chi opera nel campo della salute sa bene che non è sufficiente produrre messaggi di informazione e progetti di formazione e comunicazione sulla salute se non si è in grado di valutarne l'impatto sui destinatari. La necessità di valutare i programmi di promozione della salute viene avvertita a vari livelli:

- dagli operatori che predispongono piani operativi e che vogliono mettere in atto interventi efficaci;
- dai manager locali che hanno la responsabilità di decisioni strategiche relative ai programmi da sostenere;
- dai manager che, all'interno di grandi organizzazioni o di governi, si trovano a dover effettuare scelte di priorità per la politica sanitaria e di utilizzo di finanziamenti per incrementare gli *outcome* di salute.

Valutare i programmi di promozione della salute vuol dire misurare quanto la promozione effettuata abbia in realtà raggiunto gli obiettivi desiderati, e in quale misura sia stata aumentata la capacità dei destinatari dei programmi di migliorare le proprie condizioni di salute.

Nella stessa misura di ogni altro intervento, infatti, la promozione della salute va valutata attraverso indagini di efficienza e di qualità a livello della comunità "oggetto" della promozione.

Molto spesso, però, per molteplici ragioni risulta difficile misurare il collegamento tra specifiche attività di promozione della salute e i risultati di salute; questo accade, ad esempio, a causa delle difficoltà tecniche di individuare in maniera inequivocabile la causa e l'effetto in situazioni complesse e "di vita reale".

Nel campo della salute, le difficoltà maggiori in termini di valutazione si hanno a causa della molteplicità dei fattori determinanti dello stato di salute, sia nel singolo individuo che nella comunità in generale. Molto spesso, infatti, oltre a fattori genetici, intervengono variabili socio-economiche, ambientali e comportamentali che influiscono direttamente sui livelli di salute e sull'adozione di stili di vita corretti.

In genere, dunque, *la valutazione di una campagna di comunicazione veicolata in un così complesso panorama, deve esaminare l'utilità e l'efficacia dell'attività svolta e del strategie utilizzate, tenendo conto di tutti questi diversi fattori e solo alla luce degli obiettivi inizialmente preposti*[19].

[18] *Ministero della Salute, (2003c).*

[19] *Ministero della Salute, (2003c).*

La sola valutazione dei programmi, però, non risulta essere sufficiente, in quanto occorre valutare anche e soprattutto l'impatto degli stessi sulla salute dei destinatari.
Secondo la definizione della Regione europea dell'OMS, le valutazioni d'impatto sulla salute sono "*una combinazione di procedure e metodi attraverso i quali una politica, un programma o un progetto possono essere giudicati in base agli effetti che producono sulla salute della popolazione*". Gli elementi che occorre valutare rispetto agli esiti comprendono l'impatto, il risultato, il prodotto, la copertura, l'efficienza, il processo e la dimensione etica.
Tale tipologia di valutazione, però, non è esente da ostacoli importanti; una Campagna informativa non può essere oggetto di valutazione se gli obiettivi della strategia non sono definiti o sono comunque non misurabili. In questo caso, la difficoltà della valutazione è dovuta alla debolezza della teoria o al disordine teorico dei pianificatori. Un ulteriore ostacolo alla valutazione sorge nel caso in cui, nonostante nel documento strategico vengano esplicitate le teorie, non venga definito in maniera chiara il nesso tra teoria e strategia di comunicazione. Infine, se il piano di valutazione non viene definito a livello di pianificazione, questa attività facilmente diventa un'appendice che si sviluppa frammentariamente e in maniera poco credibile nelle fasi finali.
Nel 2003 il Censis ha curato l'analisi dei questionari sottoposti ad un campione di italiani nell'ambito del programma del Ministero della Salute per la valutazione dell'impatto delle Campagne informative per la dissuasione dal fumo e per una corretta alimentazione. Ne sono emersi interessanti risultati[20], come un'ampia conoscenza, da parte degli utenti, del contenuto delle Campagne, in modo particolare grazie ai messaggi diffusi attraverso la televisione, una valutazione positiva degli obiettivi, dei contenuti e della qualità degli interventi, ma anche un effettivo impatto dei messaggi informativi, con la conseguente modifica dei comportamenti degli italiani con riferimento ai relativi argomenti (tabacco e alimentazione).
Tra gli italiani intervistati dal Censis, il 78,3% valuta positivamente l'utilità delle campagne pubblicitarie su temi sociali e sanitari, in quanto sensibilizzano le persone su tematiche importanti (61,2%) e inducono a perseguire comportamenti più adeguati (17,1%); di contro, il 18,9% le ritiene prive di utilità.
Come si può osservare dalla tabella che segue, con riferimento alle campagne realizzate dal Ministero della Salute nell'anno 2003, il 78,8% degli italiani ha dichiarato di conoscere quella per la dissuasione dal fumo e il 60,0% quella sulla corretta alimentazione.
Dai dati emerge chiaramente un orientamento favorevole degli intervistati alla valutazione degli obiettivi, dei contenuti e delle modalità di esposizione dei messaggi di entrambe la campagne realizzate. Con specifico riferimento all'impatto che esse hanno provocato sullo stile di vita degli italiani, il 30,4% di coloro che ricordano la campagna contro il fumo ha dichiarato di aver modificato alcuni comportamenti (il 5,9% ha smesso di fumare, il 6,9% ha provato a farlo, il 9,2% ha ridotto il fumo), e ha fatto altrettanto il 37,8% di colo-

[20] *CENSIS – Forum per la Ricerca Biomedica, (settembre 2003).*

Tabella 2 - Principali risultati delle Campagne del Ministero della Salute, 2003

Risultati (valori percentuali)	Dissuasione dal fumo	Corretta alimentazione
Italiani che conoscono la Campagna	78,8	60,0
Favorevoli ai contenuti della Campagna	82,8	85,4
Favorevoli agli obiettivi della Campagna ed alle modalità di trasmissione del messaggio	92,1	93,8
Italiani che hanno modificato comportamenti in seguito alla Campagna	30,4	37,8
di cui:		
• hanno ridotto il fumo	9,2	
• sono diventati più intolleranti con i fumatori	7,8	
• hanno provato a smettere di fumare	6,9	
• hanno smesso di fumare	5,9	
• altro	0,6	
• hanno rafforzato la tendenza a controllare l'alimentazione		23,6
• sono stati stimolati a non esagerare a tavola		11,0
• sono stati persuasi sulla necessità di una dieta		1,5
• altro		1,7

Fonte: CENSIS, (settembre 2003), Sintesi dei risultati dell'indagine sull'impatto delle Campagne per la dissuasione dal fumo e per una corretta alimentazione.

ro che hanno bene in mente la campagna per una corretta alimentazione (il 23,6% ha percepito una maggiore tendenza a controllare l'alimentazione).
In generale, dalla valutazione delle campagne in questione il Censis ha potuto verificare un effetto positivo delle iniziative del Ministero della Salute, concretizzatosi in un forte stimolo alla discussione sui contenuti tra parenti ed amici, una maggiore consapevolezza sulle ripercussioni che i propri comportamenti possono avere sulla propria salute e a volte anche su quella degli altri (basti pensare al fumo passivo).
Si stanno facendo grandi sforzi nell'ambito della comunicazione, dell'educazione e della promozione della salute, dunque, e si comincia a vedere qualche risultato. Ma c'è ancora molto da fare.

8.8 Il ruolo delle Istituzioni

Sia a livello internazionale che nel nostro Paese sono molte le iniziative istituzionalmente intraprese nell'ambito di nostro interesse. Di seguito si fornisce una panoramica delle principali iniziative a livello internazionale e nazionale, da cui è possibile evincere i principali obiettivi delle politiche di informazione, promozione e comunicazione in campo sanitario adottate.

8.8.1 Le esperienze internazionali

Nel 1999 la Commissione Europea ha lanciato l'iniziativa *eEurope*, che si prefigge l'importante obiettivo di rendere l'industria europea più competitiva e di garantire a tutti i cittadini UE l'accesso alle moderne tecnologie di comunicazione per migliorare la loro qualità di vita. In particolare, si mira a collegare il più velocemente possibile a Internet tutti i cittadini europei via computer, telefono mobile o televisore dotato di un dispositivo elettronico per servizi integrati Internet TV. "L'iniziativa *eEurope* e la correlata strategia didattica sono diventati l'elemento trainante della decisione dell'Unione Europea di diventare l'economia più competitiva nel mondo basata sulla conoscenza entro il 2010"[21].

I Piani di azione approvati sono stati finora due:

- Piano d'azione 2002, nato con i tre principali obiettivi di garantire un accesso a Internet meno costoso, investire nelle persone e nelle capacità e di incoraggiare l'uso di Internet. Con questo Piano sono stati raggiunti importanti traguardi, ma ci sono ancora dei problemi da superare, come la lenta diffusione del commercio elettronico e le difficoltà ad affermarsi delle comunicazioni a banda larga. È così nato il successivo Piano.
- Piano d'azione 2005, che si concentra su un numero più ristretto di obiettivi, che riguardano soprattutto l'uso effettivo e non solo potenziale di Internet per il commercio elettronico e i servizi pubblici *on line*, incluse scuole e imprese. Tra le azioni proposte, ricordiamo le Carte sanitarie elettroniche, gli *health information networks* e i servizi sanitari *on line*.

Con riferimento alle iniziative internazionali, e in particolare quelle relative all'Unione Europea, si rimanda al Rapporto CEIS 2003, in cui si analizzano alcune esperienze, peraltro ancora valide e attualmente in corso d'opera, come il Programma di Azione Comunitaria in materia di sanità pubblica 2003-2008. Esso costituisce una parte essenziale della strategia della Comunità Europea in materia di salute, e ha a disposizione una dotazione finanziaria di 312 milioni di euro per il periodo 2003-2008. È prevista la collaborazione con i Paesi terzi e le Organizzazioni internazionali competenti in materia di sanità pubblica, come l'OMS. Tra gli obiettivi perseguiti rientrano il miglioramento dell'informazione e delle conoscenze per promuovere la salute pubblica e i sistemi sanitari, il rafforzamento della capacità di reazione rapida e coordinata alle minacce per la salute nonché l'azione sui fattori sanitari determinanti per la promozione della salute.

Collegato al Programma di azione comunitaria in questione c'è poi l'*European Union Public Health Information Network (EUPHIN)*, che studia il modo in cui implementare le azioni future per migliorare l'informazione sanitaria nell'ambito dell'Unione Europea e rappresenta quindi il supporto telematico al sistema informativo sanitario dell'UE. A questo proposito, da segnalare la novità dell'*European Union Public Health Information and Knowledge System (EUPHIKS)*, di recente implementazione, che dovrà rappresentare un'organizzata serie di procedure per raccogliere, analizzare e diffondere informazione allo scopo di assistere e supportare le decisioni e le strategie a tutti i livelli del settore

[21] *Commissione Europea, (ottobre 2002).*

sanitario, dai *policy-makers* agli esperti sanitari nonché al pubblico interessato dai problemi di sanità pubblica. Importanti e speciali *task forces* sono state create nel 2004 e la realizzazione di altre è prevista per il 2005. Uno dei più importati prodotti che verranno realizzati sarà il "Portale sanitario europeo" *(EU Health Portal)*, che avrà il compito di garantire e supportare un accesso più semplice a cittadini e operatori alle informazioni sulle tematiche di sanità pubblica a livello comunitario.
Altra esperienza internazionale, in particolare attribuibile al Regno Unito, ampliamente analizzata nel Rapporto CEIS 2003*,* è il programma di "strategia dell'informazione" *Information for Health 1998-2005*, nato per realizzare il rinnovamento di uno dei più sviluppati sistemi informativi sanitari, quello britannico.

8.8.2 Le esperienze italiane

Sono state molte le azioni a livello istituzionale intraprese nel nostro Paese a tutela dei diritti dei cittadini pazienti[22]. Tra queste, si può evidenziare ad esempio la raccolta e diffusione di informazioni circa lo stato dei servizi sanitari e i casi di violazione dei diritti dei cittadini, elementi importanti per sensibilizzare l'opinione pubblica e "vincolare" le autorità sanitarie alle azioni di cambiamento che occorre mettere in atto. Tra le altre iniziative realizzate nel mondo delle Istituzioni sanitarie italiane a tutela del diritto all'informazione dei cittadini, ricordiamo:

- *Codice deontologico dei medici italiani*, che mette in evidenza come vengano recepiti dai medici i cambiamenti nel loro rapporto con i pazienti e il loro diritto all'informazione. Tra gli articoli più interessanti, quello che afferma che "l'obbligo di dare l'informazione e di tenere conto della volontà del paziente si deve estendere anche ai minori e alle persone inferme di mente (art. 34)";
- *Obiettivi strategici contenuti nei Piani Sanitari Nazionali*, già in quelli del 1998-2000 e 2001-2003, in cui viene previsto l'impegno e il coinvolgimento di operatori, utenti e mondo della comunicazione, ma anche nell'ultimo documento redatto dal Ministero della Salute, il PSN 2003-2005. In esso si evidenziano i principi ispiratori del cruciale passaggio dalla pianificazione e dal governo della sanità alla tutela delle garanzia della salute. Tra gli importanti obiettivi strategici individuati nel PSN 2003-2005, in questa sede mettiamo in evidenza il n.10: "Promuovere gli stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute". Come si legge nel Piano, "*le conoscenze scientifiche dimostrano che l'incidenza di molte malattie è legata agli stili di vita. Costituisce un obbligo prioritario per il SSN quello di fornire ai cittadini corretti strumenti di informazione che consentano di evitare i rischi e di attuare comportamenti salutari. Il SSN deve prestare attenzione anche allo sviluppo di una corretta comunicazione tra cittadini e Istituzioni*". Il concetto che si trova alla base di un tale importante obiettivo strategico è quello secondo cui una corretta informazione sui problemi di salute, sulle malattie e sui comportamenti da adottare per promuovere lo stato di salute è basilare per una società del benessere moderna.

[22] *CENSIS – Forum per la Ricerca Biomedica, (2001).*

Nel PSN in questione si evidenzia, poi, come alcuni tipi di informazioni non siano accessibili ai pazienti o lo siano solo in minima parte, mentre dovrebbero essere forniti in maniera adeguata e comprensibile. Si parla ad esempio di informazioni su possibili terapie alternative in caso di specifiche malattie, sugli sviluppi di alcune sperimentazioni cliniche e sui risultati, sui modi di accesso alle cure e ai servizi, nonché sulle diverse caratteristiche delle strutture sanitarie. Tra gli strumenti utili per una corretta divulgazione delle informazioni sulla e per la salute, oltre a quelli tradizionali, grandi opportunità possono venire dallo sviluppo e dal corretto utilizzo della Rete Internet. Per concludere, si vuole dare rilevanza alla forte consapevolezza, che si evince dal Piano, del fatto che occorre instaurare e perseguire una corretta comunicazione tra cittadini e Istituzioni, in quanto in uno stato moderno una relazione bidirezionale e interattiva tra utenti e operatori è fondamentale e più che mai necessaria. Di seguito vengono riportati gli specifici obiettivi strategici perseguiti in tali ambiti ed elencati nel PSN 2003-2005:

- acquisire gli elementi necessari per comprendere le esigenze di informazione dei cittadini in tema di salute e di sanità;
- avviare un processo di valutazione e interpretazione della domanda di salute;
- individuare i nodi critici della comunicazione tra operatori e utenti;
- mettere a fuoco le lacune in tema di capacità diffuse di prevenzione;
- progettare una banca dati di informazioni aggiornate sulla rete dei servizi sanitari e socio-sanitari e sulle prestazioni offerte, e un relativo sistema di trasmissione e distribuzione delle informazioni;
- contribuire al consolidamento di una corretta cultura della salute nel Paese;
- coinvolgere soggetti plurimi, pubblici e privati, in comuni imprese e iniziative di comunicazione e informazione sulla salute e la sanità;
- portare a regime un piano pluriennale di comunicazione istituzionale sulla salute.

L'insieme delle considerazioni esposte nell'ultimo Piano Sanitario Nazionale presentato dal Ministero della Salute mette dunque in evidenza "*la necessità di modificare l'approccio alla comunicazione istituzionale in campo sanitario se si vuole raggiungere risultati significativi su questioni di altissimo impatto*".

- *Carte dei servizi sanitari*, strumenti di tutela dei diritti dei cittadini, introducono obblighi e doveri dei soggetti erogatori dei servizi e consentono la verifica e il controllo delle prestazioni effettuate. Tra i principi generali in esse contenuti, ricordiamo l'eguaglianza di trattamento tra le diverse fasce di popolazione, il diritto di scelta del cittadino, il diritto di accesso alle informazioni.
- *Uffici per le relazioni con il pubblico (Urp)*, che rappresentano uno strumento di tutela e salvaguardia dei diritti del cittadino ma anche di accoglienza e mediazione nell'acceso ai servizi delle aziende sanitarie. Tra i suoi compiti, quello di informare gli utenti sulla ASL e sulle modalità di erogazione dei servizi offerti, orientare i cittadini guidandoli all'interno delle procedure di accesso, raccogliere i loro reclami e informarli della legislazione vigente emanata per tutelare e sostenere i loro diritti. Meritano di essere inoltre ricordati i *Call Center* attivati per dispensare informazioni e sostegno in materia di sanità e salute e i portali Internet.
- *Il ruolo delle farmacie*, strutture che rivestono da sempre un ruolo fondamentale nel-

l'ambito della comunicazione e dell'informazione per la salute rivolta ai cittadini pazienti. Basta in questa sede ricordare l'importanza che assume la loro collaborazione per la diffusione dei messaggi delle Campagne informative istituzionali in ambito di educazione sanitaria (es. modifiche nei *ticket*, nelle esenzioni, accesso alle prestazioni, etc.).

In questo ambito di discussione non possiamo non soffermarci su quanto rilevato nella Relazione sullo stato sanitario del Paese 2001-2002. Nel documento il Ministero della Salute, deciso a realizzare un avvicinamento tra Istituzione e cittadino, si propone l'obiettivo di "*generare nuove forme di coinvolgimento e collaborazione con la società civile*", e per fare questo l'informazione deve diventare "*uno degli aspetti decisivi del rapporto tra SSN e cittadini. I risultati di salute infatti non dipendono solo dalla qualità tecnica delle prestazioni, ma trovano radici più profonde nella responsabilizzazione dei soggetti coinvolti e nella loro capacità di collaborare*". Viene così riconosciuta una forte responsabilità pubblica nel processo di educazione sanitaria e promozione della salute dei cittadini, che non può fare a meno della comunicazione come strumento di fondamentale importanza per rendere più incisive le campagne informative e di sensibilizzazione e prevenzione in ambito sanitario[23]. Da rilevare in particolare le recenti Campagne realizzate dal Ministero, diffuse attraverso i principali mezzi di comunicazione di massa compresa la Rete Internet, che hanno riguardato gli stili di vita salutari e sono in particolare state rivolte alla dissuasione dal vizio del fumo e all'adozione di una corretta alimentazione, con donne, giovani e soggetti "a rischio" come principali destinatari. Il budget di partenza stanziato per la realizzazione di spot, messaggi e testimonianze è stato di oltre 15 milioni di Euro. Da ricordare anche le Campagne informative per la lotta all'AIDS e contro l'abuso di alcol. Vale infine la pena di ricordare che sono state intraprese diverse iniziative di comunicazione su temi rilevanti e ad alto impatto sociale anche a livello regionale e locale, segno questo di una crescente sensibilità e consapevolezza dell'importanza di agire sul lato della domanda di *health information*.

8.9 Considerazioni conclusive

Nello scenario descritto in questo lavoro, emerge la figura di un paziente consumatore sempre più attento e "attivo" e con una forte voglia di interazione con il mondo dell'offerta, che cerca in tutti i modi di orientarsi nel labirinto dell'enorme massa di informazioni, spesso poco attendibili, che in materia di salute circolano senza troppi controlli attraverso i più diffusi mezzi di comunicazione.

In questo senso, risulta fondamentale non solo l'informazione in senso stretto, ma anche l'educazione, la formazione e la promozione della salute, per consentire ai pazienti di acquisire una forte auto-responsabilità relativamente al proprio stato psico-fisico e di effettuare scelte consapevoli ed appropriate per migliorare il proprio livello di soddisfazione e diminuire, nel lungo periodo, i costi di sistema.

La novità principale sembra quindi essere una maggiore attenzione a livello internazionale su questi temi, guidata sia dalla cognizione acquisita circa i rischi derivanti dall'utilizzo delle poten-

[23] *Ministero della Salute, Relazione sullo stato sanitario del Paese 2001-2002.*

zialità tecnologiche, per ottenere un'informazione sanitaria la cui qualità non risulta tuttora ancora sufficientemente controllata, sia dalla consapevolezza che i costi da sostenersi rappresentano investimenti a medio-lungo termine, senza i quali sarà sempre più difficile garantire la sostenibilità finanziaria dei sistemi sanitari.
La riduzione, ma anche la riallocazione, dei costi derivanti dalla tutela sanitaria fra settore pubblico e privato, richiede una maggiore responsabilizzazione delle famiglie e quindi la necessità di garantire maggiore consapevolezza alle scelte individuali. Non a caso il principale documento di riforma del NHS del Regno Unito, richiama nel suo titolo l'idea di un "patto per la salute", ove all'efficienza e qualità dell'intervento pubblico fa da sponda una maggiore responsabilità individuale in relazione agli stili di vita.
In Italia, dove storicamente si è registrato un predominio delle politiche di offerta, si assiste ora ad una nuova consapevolezza istituzionale sull'importanza di agire sul lato della domanda, come è testimoniato ad esempio dalle ultime Campagne di informazione sulla dissuasione dal fumo e sulla corretta alimentazione realizzate dal Ministero della Salute che, stando alle indagini effettuate dal Censis, hanno avuto un impatto molto positivo sugli utenti, anche in termini di modifica del proprio stile di vita finalizzata al miglioramento del proprio stato di salute. Da rilevare anche la recentissima istituzione presso il Ministero di un Call Center per le emergenze sanitarie, che durante l'estate 2004 ha dispensato importanti informazioni su come affrontare il caldo in modo particolare ad una categoria "sensibile", quella degli *over 65*.
Dall'analisi a livello internazionale si evince peraltro un impegno economico fortemente difforme e tutto sommato limitato: difficilmente, salvo rare eccezioni, si arriva ad un Euro per abitante come stanziamento per i programmi di promozione di stili di vita salutari.
Nel programmare e potenziare gli interventi in questo campo, ci sembra si possa raccomandare una maggiore attenzione all'informazione di base, in quanto elementi oggettivi sono necessari per alimentare un valido processo di promozione, comunicazione e programmazione. Nel nostro Paese si assiste ad una storica carenza di informazione statistica sulla morbilità, senza la quale sarà ad esempio difficile agire anche sul versante dei cosiddetti *non meet needs*, ovvero di quei bisogni che, pur magari trovando nel tempo maggiore consapevolezza, non hanno modo di trasformarsi in una domanda effettiva. Il rischio che si paventa è che nel processo di promozione e comunicazione si veicolino solo quei bisogni che trovano paternità in interessi del settore produttivo e che tipicamente sono espressi da collettività forti, creando una sorta di spazio dei "bisogni orfani".
Per evitare questo sarà a maggior ragione necessario un rilevante sforzo a livello pubblico, per potenziare i livelli di informazione e le modalità di consapevole fruizione della stessa.

Allegato 1. Schede Paese

Paese	Obiettivi strategici per la promozione di stili di vita salutari	Priorità dell'informazione come strumento di politica sanitaria
Austria	Obiettivo mirato sulla prevenzione, attraverso azioni di promozione ed educazione nella più giovane età e rispetto ad ambienti di lavoro e fasce sociali particolarmente interessate. Priorità di intervento, nazionali ed europee, focalizzate su comportamenti sani nel senso più ampio (nutrizione, attività fisica), e quindi sulla lotta a droghe e malattie (specie HIV/AIDS)	*Media*
Belgio	Politica sanitaria articolata su molteplici versanti, dagli stili di vita alle condizioni di salute della popolazione. Grande importanza alla cultura di una sana alimentazione, fin dalla tenera età. Peculiare l'azione svolta rispetto alla sensibilizzazione al rischio di incidenti domestici	*Alta*
Germania	Accento sulla lotta all'HIV/AIDS e focalizzazione sui temi sociali connessi, quali droga e comportamenti sessuali	*Alta*
Grecia	Azioni di contrasto di malattie socialmente propagate, quali HIV/AIDS ed epatite, e di lotta all'uso di droghe, nonché campagna finalizzata alla prevenzione degli incidenti stradali	*Media*
Danimarca	Articolata politica volta a promuovere stili di vita più sani, con azioni di promozione dell'attività fisica e di lotta al fumo e agli abusi di alcol	*Alta*
Spagna	Promozione di corretti stili alimentari specie negli ultimi due anni, con particolare attenzione per la sicurezza dei cibi, non solo come fronte di azione finora perseguito, ma anche come obiettivo per il futuro	*Media*
Finlandia	Enfasi sulla lotta al fumo e sulla promozione dell'attività fisica a fini salutistici. Gli stili di vita non devono essere l'unica strategia da mettere in atto, ma devono seguire azioni complementari simultanee, incentrate su altri temi cruciali e misure	*Alta*
Olanda	Il fumo è la preoccupazione principale, soprattutto rispetto alle fasce di età più giovani e insieme alla prevenzione degli abusi dell'alcol. Contrastare l'obesità è una delle priorità da perseguire. Progetti di intervento futuro finalizzati in particolare sull'educazione a corretti stili di vita fin dall'inizio del percorso educativo scolastico. Iniziative di lotta al fumo e comportamenti sani nei posti di lavoro	*Alta*
Portogallo	Massima priorità alle azioni di politica sanitaria, in particolare molte azioni intraprese nella formazione mirata degli operatori sanitari, oltre ai programmi volti a promuovere la salubrità dei luoghi di lavoro. Indicatori per il monitoraggio dei risultati attraverso l'Osservatorio Nazionale della Salute (National Health Survey), che include aspetti correlati quali tabacco, alcol, alimentazione a attività fisica	*Media*
Svezia	Riconoscimento con amplissima risonanza dell'importanza dell'attività fisica. Larga attenzione anche a temi quali il tabacco - oggetto di una singolare campagna di contrasto mediante aiuto telefonico - e droghe ed alcol, in forma talvolta congiunta	*Alta*
UK	Lotta al fumo come azione prioritaria, negli ultimi anni come per il futuro. Coerente con la scelta di indicare l'educazione come azione di massima priorità è l'impegno profuso nella promozione di abitudini di vita più sane e nella sensibilizzazione contro l'abuso di antibiotici. Campagna anti-fumo particolarmente intensiva, con un grosso impegno finanziario per il Governo	*Alta*
Cipro	Una sola azione mirata a propugnare stili di vita migliori rivolti all'infanzia. Questa viene indicata anche come programma da proporre su scala europea. Quanto agli obiettivi strategici da perseguire in Europa per il futuro, la visione cipriota è concorde sulla lotta al fumo, la sana alimentazione e l'attività fisica	*Media*
Lettonia	Realizzazione di infrastrutture per la promozione della salute, in maniera sistematica e ben organizzata, in modo da poter disporre per il futuro dei frutti di un'organizzazione iniziale ottimale, sviluppando la capacità di monitorare i comportamenti con effetto salute. Attenzione anche alle problematiche classiche, a cominciare dal fumo e dalla difesa dei minori	*Media*
Malta	Campagna per diffondere la cultura dell'alimentazione sana targettizzata su tutte le fasi della vita umana e volta a prevenire problemi di salute quali il sovrappeso. Si tratta di un'azione sostenuta interamente con finanziamenti pubblici nazionali di importo dichiarato, e indicata a riferimento sia a proposito di azioni prioritarie in ambito europeo, sia come esempio di obiettivo che di strumenti	*Media*
Slovenia	I temi ritenuti prioritari sono comuni alla gran parte del campione (alimentazione, fumo, alcool, attività fisica), ma con una menzione particolare alle attività di studio e ricerca correlate, nonché la proposta di meccanismi di misurazione degli impatti di politiche pubbliche e private sulla salute	*Alta*
Slovacchia	Visione prospettica con obiettivi quali l'attività fisica e la lotta al fumo, forte attenzione sulla valutazione scientifica degli stili di vita. Monitoraggio dello status nutrizionale (motivato dalla sussistenza di malattie dovute all'abitudine di regimi alimentari non bilanciati).	*Bassa*

Fonte: Ministero della Salute, (2003a), Politiche sanitarie, stili di vita e comunicazione pubblica in Europa: l'indagine tramite questionario

Allegato 2. Livello di spesa stanziato per la realizzazione dei programmi di promozione di stili di vita salutari

Paese	Budget per la promozione di stili di vita salutari
Austria	National public-sector resources: 7,25 Euro Mio/year from "Healthy Austria" Foundation
Belgio	National public-sector resources: 5 millions Euro
Germania	National public-sector resources: 25 Mio. European public-sector resources: differs Private-sector resources: approx. 5 Mio. Euro
Spagna	National public-sector resources: 4.000.000 Euro
Irlanda	National public-sector resources: 7m Euro budget for year Local public-sector resources: 1m Euro budget for year
Svezia	National public-sector resources: for scheme 1): 900.000 Euro in 2001; for scheme 2): 30 millions of swedish crowns every years for 3 years
UK	"Smoking Cessation": a total of £ 76 million specific funding over the period 1999-2000, 2002-2003 and a further £ 138 million for 2003-2004, 2005-2006; additional money made available for smoking cessation and AIDS
Lettonia	National public-sector resources: for scheme 1): 50.000 Euro; for scheme 2): 10.000 Euro Local public-sector resources: for scheme 2): 2.000 Euro European public-sector resources: for scheme 1): 104.000 Euro; for scheme 2): 83.000 Euro
Malta	National public-sector resources: 120.000 Euro
Slovenia	National public-sector resources: from 70.000 Euro to 100.000 Euro Local public-sector resources: from 5.000 Euro to 10.000 Euro
Slovacchia	National public-sector resources: from 2.500 Euro to 75.000 Euro Local public-sector resources: from 800 Euro to 1.000 Euro

Fonte: Ministero della Salute, (2003a), Politiche sanitarie, stili di vita e comunicazione pubblica in Europa: l'indagine tramite questionario, Conferenza sugli stili di vita salutari: educazione, informazione e comunicazione, 3-4 settembre 2003, Milano

Allegato 3. Alcuni strumenti ed iniziative di *e-health* intraprese da alcuni Stati europei(*)

Paese	Strumenti ed iniziative di *e-Health*	Sito Internet di riferimento
Austria	Vaccination Recall Service eSV-Austrian Social Security Portal VIE-DIAB Telemedicine Support	http://www.wien.gv.at http://www.sozialversicherung.at http://www.ai.univie.ac.at
Belgio	European Food Information Council (EUFIC) Portal Mona-Medical Online Access	http://www.eufic.org http://www.cegeka.be
Germania	Web4health.info Central Digital Archivino for the Health Sector FOCUS-Medicine Check	http://www.web4health.info http://www.bergmannstrost.de http://www.medikamente.focus.msn.de
Grecia	ARETEOS-ICUNet Telemedicine USBone	http://www.apesy-cm.gr - -
Danimarca	Sundhed-A Public Health Portal	http://www.sundhed.dk
Spagna	Integrated Healthcare Management System eHospital Portalfarma.com	http://www.gencat.net http://www.hsll.es http://www.portalfarma.com
Finlandia	AddictionLink TERIVAN-Platform for Chronic Disease Management Web Nurse Service and eHealth Portal	http://www.paihdelinkki.fi http://www.terivan.com http://www.verkkohoitaja.fi
Olanda	Almere Health Portal www.dokter.nl TDC-Tele-Dermatological Consultation	- http://www.doctor.nl
Italia	Campagne informative e Qualità del sistema trapianti Portale Pediatrico dell'Ospedale Bambino Gesù Net for Care	http://www.ministerosalute.it/ http://www.ospedalebambinogesu.it http://www.netforcare.com
Svezia	MHC-My Healthcare Contacts Remote Emergency Management System KS-Dialog	http://kontakt.vardguiden.nu - http://www.ks.se
Slovenia	Health Insurance Card System	http://www.zzzs.si

(*)Per la lista completa delle iniziative e dei Paesi interessati, v. European Institute of Public Administration, (2004), eEurope Awards for Health 2004. Catalogue

Bibliografia/References

Associazione Italiana della Comunicazione Pubblica e Istituzionale, (2003), Dipartimento della Funzione Pubblica, Scuola Superiore della Pubblica Amministrazione, (settembre 2003), *2° monitoraggio nazionale sullo stato di attuazione della Legge150/2000 che disciplina le attività di comunicazione e informazione della Pubblica Amministrazione.*

Atella V., Donia Sofio A., Mennini F.S., Spandonaro F. (a cura di), (2003), *Rapporto CEIS Sanità 2003*, Italpromo, Roma

Beltrame F., (febbraio 2003), *Information Technology in Sanità*, DIST (Università degli Studi di Genova).

BMJ, (maggio 2004), *The first generation of e-patients*.

Carducci A., Calamusa A., Gruppo "Ascoltate la salute", (2003), *La comunicazione di massa sulla salute. Proposta di un sistema di valutazione della qualità del processo di produzione dell'informazione sulla salute*.

CARE (Costi dell'Assistenza e Risorse Economiche), (luglio-agosto 2003), *Il medico europeo e Internet.*

CENSIS – Forum per la Ricerca Biomedica, (2004a), *Comunicare la salute: i media e le patologie ad alto impatto sociale.*

CENSIS – Forum per la Ricerca Biomedica, (2004b), *Sanità e Salute. Scenari di autoregolazione*, FrancoAngeli.

CENSIS, (settembre 2003), *Sintesi dei risultati dell'indagine sull'impatto delle Campagne per la dissuasione dal fumo e per una corretta alimentazione.*

CENSIS – Forum per la Ricerca Biomedica, (2001), *Cultura Scientifica e Informazione. Ricerca, comunicazione e regolazione dei consumi per il benessere e la salute*, FrancoAngeli.

Collicelli C., (1998), *Benessere e tutela. Vincoli economici, derive culturali e nodi politici*, FrancoAngeli

Commissione Europea, (luglio 2004), *Operating a European Union Public Health Information and Knowledge System*. Document for the meeting of the Network of Competent Authorities for Health Information and Knowledge, Luxembourg, 5-6 July 2004.

Commissione Europea, (febbraio 2004), *eEurope 2005: Mid-term Review*. Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the Economic and Social Committee and the Committee of the Regions, Brussels.

Commissione Europea, (maggio 2003), *E-Health*, Ministerial Declaration, Brussels.

Commissione Europea, (ottobre 2002), *Verso un'Europa basata sulla conoscenza. L'Unione Europea e la Società dell'Informazione*.

Commissione Europea, (maggio 2002), eEurope 2005: *An information society for all*. Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the Economic and Social Committee and the Committee of the Regions, Brussels

Commissione Europea, *Educazione Sanitaria*, Risoluzione del 23 novembre 1988.

Donia Sofio A., (2001), *Microeconomia sanitaria e politiche di intervento*, Aracne, Roma

European Institute of Public Administration, (2004), *eEurope Awards for Health 2004.* Catalogne.

Franch M., (1999), *La Comunicazione on line. Aspetti metodologici e risultati di alcune sperimentazioni*, CEDAM.

FTI (Forum per la Tecnologia dell'Informazione), (2002), *Verso la e-society. VIII Rapporto sulla Tecnologia dell'Informazione e della Comunicazione in Italia*, FrancoAngeli.

Marchand D.A., (a cura di), (2001), *L'informazione, la nuova arma competitiva*, FrancoAngeli.

Ministero della Salute, (2003a), *Politiche sanitarie, stili di vita e comunicazione pubblica in Europa: l'indagine tramite questionario*, Conferenza sugli stili di vita salutari: educazione, informazione e comunicazione, 3-4 settembre 2003, Milano.

Ministero della Salute, (2003b), *Sintesi del Rapporto predisposto dalla Task Force del Ministero della Salute in preparazione del Semestre di Presidenza italiana*, Conferenza sugli stili di vita salutari: educazione, informazione e comunicazione, 3-4 settembre 2003, Milano.

Ministero della Salute, (2003c), *Healthy Lifestyles: education, information and communication in Europe*, giugno 2003.

Ministero della Salute, *Relazione sullo stato sanitario del Paese* 2001-2002.

Silber D., (2003), *The Case for eHealth*. Presented at the European Commission's first high-level conference on eHealth,

may 22/23 2003.

The European Opinion Research Group (EORG), (march 2003), *European Union citizen and sources of information about health*, Eurobarometer 58.0.

Wilson P. et al., (2004), *e-Health Research Report: Mapping the Potential oh eHealth. Empowering the citizen through eHealth tools and services*, European Institute of Public Administration. Presented at the eHealth Conference, Cork, Ireland, 5-6 May 2004.

World Health Organization (WHO), (2002), *The European Health Report 2002*.

World Health Organization, European Health Communication Network, (1998), *Consultation on Health and Environmental Communication Policy*.

Parte I

L'evoluzione del settore sanitario in Italia

B - Prospettive manageriali

Capitolo 9

Finanza innovativa nel settore sanitario: analisi dell'esperienza italiana ed europea

***Meneguzzo M.*[1] *e Matraia C.*[2]**

9.1 Introduzione

In parallelo alla modifica dello scenario economico e sociale italiano e alla ricerca di nuove soluzioni per il finanziamento delle infrastrutture, è emerso negli ultimi anni un nuovo filone di studi interdisciplinari orientato ad approfondire il tema della finanza innovativa nell'ambito delle aziende e delle amministrazioni pubbliche.

Il dibattito teorico è stato influenzato in maniera determinante dal diffondersi di operazioni di finanza innovativa, dapprima a livello statale per la presenza di maggiore *know how* tecnico e successivamente a livello regionale e locale.

In particolare a livello centrale si ricordano le operazioni di cartolarizzazione degli enti previdenziali e l'attivazione della *task force* specializzata sulla finanza di progetto a fine anni 90 presso il Ministero dell'Economia e Finanze.

Più interessanti e diffuse su tutto il territorio nazionale sono le operazioni di finanza innovativa promosse dalle Regioni, che hanno assunto un ruolo di *leadership* nel ricorso al credito sui mercati internazionali (emissioni obbligazionarie, EMTN), in alcuni casi per finanziare i *deficit* dei sistemi sanitari regionali e degli Enti locali.

Rispetto a questi ultimi un confronto sistematico delle diverse esperienze è stato effettuato all'interno del programma di

[1] *Dipartimento Studi sull'Impresa, Università di Roma "Tor Vergata".*

[2] *Finlombarda SpA, Milano.*

Innovative finance in health care sector: analysis of the italian and european experiences

Meneguzzo M.[1] *e Matraia C.*[2]

Summary

Notable progress in the diffusion of innovative finance instruments has been made in many Italian public administrations that have developed experiences of leasing, public private partnership, securitization and bonds emission. The implementation of this innovative public finance program started from a state level establishing new public companies, to develop infrastructures, and also a Public Private Partnership (PPP) task force. Then it continued at regional and local level with experiencing PPP practices and many other innovative finance instruments.

This article describes the main experiences and critical considerations of the observatories and of laboratory that were carried out to compare all these experiences and promote diffusion of innovative instruments.

The need for rationalising the structure of public spending by the regional health system and the need of new health structures makes it necessary to develop new financial strategies and to adopt new advanced financial instruments.

Two are the strategies followed by the public health manager to support long period investments.

The first strategy is focused on the asset deve-

[1] *Department of Business Studies of the University of Rome "Tor Vergata" Campus.*

[2] *Finlombarda SpA, Milano.*

modernizzazione avviato dal Dipartimento della funzione pubblica (programma cantieri) all'interno del Laboratorio sulla finanza innovativa[3].

L'applicazione delle logiche e degli strumenti si è poi spostata dagli enti territoriali di vario livello ad altre amministrazioni pubbliche, in primo luogo le aziende sanitarie e ospedaliere a cui si sono affiancate le Università e le aziende per la gestione dell'edilizia residenziale pubblica (gli ex IACP).

Alla fine degli anni '90, il settore sanitario pubblico, dimostrava infatti, una relativa arretratezza nell'utilizzo delle modalità innovative di finanziamento, quali emissioni obbligazionarie e finanza di progetto. La riduzione del ruolo dell'amministrazione statale nel finanziamento delle strutture sanitarie ha comportato lo sviluppo di strumenti di innovazione istituzionale e finanziaria quali finanza di progetto e, più in generale, tutti quegli strumenti volti ad attribuire un ruolo significativo al settore privato nei processi di finanziamento degli investimenti pubblici[4].

Nella Figura successiva si sono evidenziate le principali aree in cui si è sviluppata l'innovazione finanziaria nelle aziende sanitarie pubbliche.

A differenza degli Enti locali, minor sviluppo hanno sicuramente avuto l'indebitamento a medio lungo termine, anche per i vincoli posti (tetto alla spesa per interessi passivi collegato alle entrate proprie) e l'emissione obbligazionaria; rispetto a questa ultima a fronte dei circa 10 miliardi di Euro di BOC (Comuni) e BOP (Province) non ci sono esperienze in atto nelle ASL. Queste ultime si sono concentrate sul ricorso al *leasing*, che è prassi in atto fin dall'inizio degli anni '80, sulla finanza di progetto e sulla cartolarizzazione immobiliare; in molti casi le aziende sanitarie hanno svolto il ruolo di clienti di operazioni guidate e condotte dalle Regioni, come verrà più avanti illustrato.

Ruolo marginale nella funzione finanziaria delle aziende sanitarie è stato svolto dalle politiche di gestione attiva della liquidità, che cominciano solo ora ad affacciarsi sulla scena con l'esperienza pilota dell'Azienda sanitaria unica della Regione Marche che sta rinegoziando tutti i contratti di tesoreria attiva e passiva, dalla gestione e valorizzazione del patrimonio, dal rafforzamento delle politiche di *fund raising* e dall'offerta di servizi sul

[3] *www.cantieripa.it/laboratoriofinanzainnovativa*

[4] *Per una ricognizione delle esperienze di gestione finanziaria fino dagli enti ospedalieri alle USL si veda Meneguzzo M. (1999)*

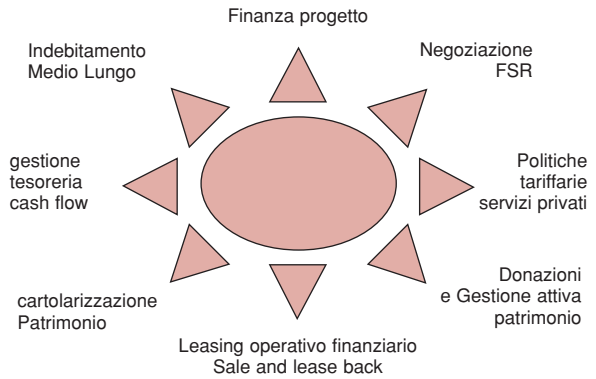
lopment management. Some regions, for example, have sold part of the asset (not strategic); others have used or planned a securitization or real estate funds.

At the international level, France has examined the possibility to create a real estate fund with public-private partnership to develop and finance hospitals ownership. The County of Stockholm has acquired all the public and private health care structures, giving to Locum the assignment of managing the property stock.

The second strategy is focused on the use of private financial resources, through loan, leasing and public-private partnerships. Health care agencies and hospitals generally utilize treasury anticipations to finance new technological equipments. Bank loans are more diffused to finance new hospitals but there are debt limits. Some Italian regions, besides, have issued bonds to finance investment programs, but are still far from using advanced financial instruments, such as project bonds. Other regions have mainly utilized bonds to cover deficits of the health care system. Also leasing is a very diffused instrument in the Italian health care sector. PPP represents one of the most used techniques or instruments to finance new hospitals in Italy and in many EU countries. The utilization of PPP requires a financial contribution from public sector and payments related to the supply of services. These payments increase current expenditures and decrease budget flexibility, so optimization of payments and the evaluation of sustainability becomes essential. The case of Asolo Hospital can be considered as an example of the budget flexibility decrease. The financial resources that will be annually allocated to the payments of PPP contracts, in fact, are approximately 30,0% of the annual budget.

The Italian model of project finance represents an evolution of managerial strategies of con-

Figura 1 - Sviluppo della funzione finanziaria



mercato a privati paganti, che crea sicuramente liquidità con indotto nettamente positivo sulla programmazione e gestione finanziaria.

Il contributo intende illustrare lo sviluppo della funzione finanziaria e le nuove politiche di investimento adottate dalle Regioni e dalle diverse aziende sanitarie a fronte di un contesto di progressiva e continua riduzione della disponibilità di risorse finanziarie. Sarà a tal fine offerto un contributo alla sistematizzazione delle diverse esperienze di finanza innovativa attuate o in sperimentazione da parte delle diverse aziende sanitarie, con particolare interesse alle esperienze di finanza di progetto e partenariato pubblico privato, facendo particolare riferimento a due importanti osservatori in atto nella realtà italiana, rappresentati da:

- il nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici del Ministero della Salute, che ha organizzato due importanti eventi (2002 e 2003) di ricognizione delle esperienze in atto;
- la finanziaria regionale della Regione Lombardia FINLOMBARDA, che oltre a promuovere e gestire direttamente operazioni di finanza di progetto nel settore sanitario a partire dal 1999, svolge attraverso eventi e convegni una rilevante funzione di sistematizzazione delle prassi diffuse nelle diverse Regioni.

Saranno inoltre esposte alcune considerazioni critiche sull'errata applicazione delle tecniche e degli strumenti di finanza innovativa nel settore sanitario.

tracting out used by hospitals in the last decade. The model includes the construction and maintenance of health care structure, facility management and the provision of some commercial services. A more advanced model include also medical services.

During the last years, the number of PPP health care projects has increased constantly.

At the international level, in the last decade, there has been a proliferation of PPP models. This interest is demonstrated also by the recent approval of EU green book on PPP and by the Eurostat decision on the accounting treatment of PPP. Many countries have created PPP task forces and have launched PPP plans. UK was the first country to experiment PPP (1992). Then, Spain (Madrid and Cataluña), Portugal, Austria (Krems and Hospital), Czech Republic (Motol Hospital) and Polonia (Zyrardow), Rumania, Norway and Finland instead are still experimenting pilot project.

In all countries the diffusion of PPP went along with an intense political and technical debate on the advantages and disadvantages of these techniques. The main critical point is the reduction of flexibility in the management of financial resources and services. In some UK cases, costs originated from PPP have obligated health care agencies and hospitals to contain and reduce services. It is not possible, at this moment, to calculate intergenerational costs and costs saving. Some studies have demonstrated through the analysis of 29 projects the possibility to save up to 17,0%, thanks to risks transfer, and the respect of construction budget. There was also a reduction of delivery time of the public works. Other studies have proved the lack of advantages of PPP with respect to a long period bank loan, because of the public guarantees required. At Last, according to the Eurostat decision, the PPP configuration can be considered a deal off balance sheet only in some cases.

9.2 Le strategie regionali

Il passaggio alla contabilità economico-patrimoniale e l'avvio dei processi di budget e dei sistemi di contabilità analitica hanno permesso di porre una maggiore attenzione sulla gestione delle risorse finanziarie a disposizione delle aziende sanitarie.
Parallelamente allo sviluppo di un controllo di economicità sulle risorse finanziarie delle aziende sanitarie, è stata posta l'attenzione sulle possibili risorse finanziarie attivabili, al fine di favorire nuovi investimenti in strutture e tecnologie sanitarie.
Tale tema assume particolare interesse, nel periodo attuale che vede il passaggio ad un sistema di "federalismo fiscale", anche per quanto riguarda le risorse in conto capitale[5].
Il cambiamento istituzionale e nei meccanismi di finanziamento del settore sanitario comporta infatti, un elevato rischio di riduzione di risorse pubbliche da destinare alle tecnologie e agli immobili, con conseguenze negative sul *gap* tecnologico tra sistema sanitario nazionale e sistemi sanitari internazionali. Per dare un'idea del problema, è possibile ricordare come alla fine del 2003, l'indebitamento delle Regioni a statuto ordinario, ammontava a 26,7 miliardi di Euro, di cui 9,9 ascrivibile alla copertura della spesa sanitaria. Al contempo, vi è una sottostima strutturale delle risorse necessari per garantire i livelli essenziali di assistenza (LEA), che viene quantificato in circa 3,9 miliardi di Euro.
In tutti i Paesi avanzati sono in programma numerosi interventi di ammodernamento e razionalizzazione della rete ospedaliera, da eseguire nel più breve tempo possibile e tali da garantire al contempo l'elevamento della qualità delle strutture e del servizio. Le strutture ospedaliere sono oggetto di un ripensamento in nome della centralità del paziente e devono puntare ad elevati contenuti di *comfort* e tecnologia.
I diversi Paesi mostrano però un'eguale situazione di insufficienza nella dotazione finanziaria pubblica a copertura degli investimenti necessari (Francia, Italia, Spagna e Portogallo), rendendo necessario uno sviluppo della strategia e della gestione finanziaria.
È stato stimato che gli investimenti nelle strutture sanitarie nei Paesi europei rappresenteranno tra il 2,0% e il 4,0% del totale annuo delle spese per il settore sanitario[6].
L'ammontare di investimenti necessari assume un valore dunque consistente (in Italia le spese per il sistema sanitario rappresentano il 6,2% del PIL), considerato anche che, ad esempio, in Italia un posto letto costa, agli standard attuali, in media 200.000 – 250.000 Euro, mentre la dimensione ottimale di un ospedale da affidare in concessione ai privati è attorno ai 500 letti[7].
Project financing, *leasing*, *factoring*, sponsorizzazione, *public private partnership*, emissioni obbligazionarie e cartolarizzazione diventano, pertanto, strumenti necessari ai

[5] *Le principali fonti di finanziamento dell'edilizia sanitaria sono costituite da:*
a) art. 20 della legge 11 Marzo 1998, n. 67 che autorizza la definizione ed il finanziamento di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione, ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario italiano;
b) art. 71 della legge 23 dicembre 1998, n. 448 che destina 775 milioni di Euro a con finanziamento di interventi nel settore sanitario realizzati dalle Regioni.

[6] *Wooton I., (2002).*

[7] *Germani, (2003).*

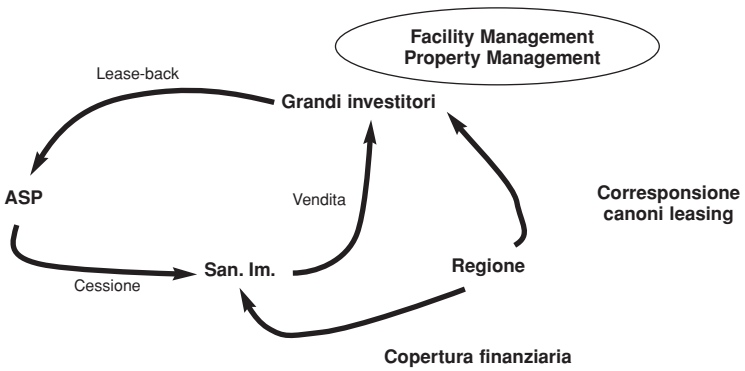
Regione Lazio

La Regione Lazio è stata la prima Regione a sperimentare l'utilizzo della *securitization* nel settore sanitario. Già nel 2001, attraverso la società Cartesio* S.r.l., la Regione ha effettuato una cartolarizzazione di futuri trasferimenti dello Stato alla Regione, a copertura del *deficit* sanitario, realizzando una emissione obbligazionaria suddivisa in due tranches da 250 milioni di Euro ciascuna.
Successivamente, a distanza di due anni, la Regione Lazio ha provveduto a cartolarizzare crediti derivanti da canoni di locazione finanziaria originati dalla società San Im. S.p.A., con emissione di titoli da parte della società veicolo Cartesio S.r.l.
Più nel dettaglio, tramite legge regionale è stata resa possibile l'alienazione da parte delle aziende sanitarie di beni facenti parte del patrimonio immobiliare indisponibile, con il vincolo che tale patrimonio sia concesso in locazione finanziaria alle aziende venditrici e con l'opzione di riacquisto al termine della locazione finanziaria. Successivamente, San. Im. ha provveduto ad acquistare dalle Asl i 56 ospedali presenti nel territorio regionale, stipulando contestualmente contratti di locazione finanziaria con le medesime Asl cedenti. Grazie ai flussi ricavati dall'operazione di cartolarizzazione e *lease back*, la Regione ha potuto ridurre il suo indebitamento da 4,6 miliardi a 3,5, con positivo effetto sulla struttura della spesa, grazie anche alla riduzione degli oneri passivi. Tuttavia, l'operazione ha avuto rilevanti effetti anche sulla spesa in conto corrente della Regione, rendendo maggiormente rigida la struttura del bilancio. Sul bilancio della Regione Lazio graverà infatti, per un periodo di 30 anni, un impegno annuale di circa 100 milioni di Euro (si veda Figura 1).
Una terza operazione di cartolarizzazione è stata realizzata nel 2003 nella Regione Sicilia. In questo caso la Regione non ha assunto il ruolo di originator, dato che la cartolarizzazione ha riguardato crediti sanitari vantati dalle aziende sanitarie locali e ospedaliere nei confronti della Regione stessa. In questo caso, l'emissione obbligazionaria è stata di circa 655 milioni di Euro e ha avuto un rating pari ad A-.

* Con l'articolo 8 della legge n. 16 del 3 Agosto 2001, la Regione Lazio è stata autorizzata alla costituzione di una società a prevalente capitale regionale denominata "SAN IM. Spa", quale strumento per immettere liquidità nel sistema delle aziende e risanare parte del deficit accumulato nella gestione sanitaria. La società è stata costituita in forma di società per azioni. La Regione, secondo la legge, deve detenere il capitale azionario di tale società in misura non inferiore al 99,0% del capitale azionario (circa 5,16 milioni di Euro), riservando la rimanente quota azionaria a società i cui organismi di amministrazione e vigilanza siano costituiti da componenti dei quali più della metà sono nominati o designati dalla Regione.

manager delle aziende sanitarie al fine di favorire gli investimenti in nuove strutture e tecnologie sanitarie e incrementare la qualità delle prestazioni sanitarie offerte.
Due sono le strategie o linee di azione condotte dalle aziende sanitarie al fine di sostenere gli investimenti aziendali di medio e lungo periodo.
La prima strategia si concentra sulla valorizzazione del patrimonio, disponibile e indisponibile, delle aziende sanitarie ed è stata attuata facendo ricorso a cessione di immobili, cartolarizzazione o ipotizzando l'utilizzo di fondi immobiliari con apporto pubblico. Nel corso degli ultimi anni, lo sfruttamento dei margini di manovra esistenti è stato reso pos-

Figura 2 - Cartolarizzazione del patrimonio immobiliare strumentale (Regione Lazio)



Fonte: Cuccurullo C., (2002)

sibile anche dal perfezionamento del quadro normativo, relativamente a strumenti quali cartolarizzazione e fondi immobiliari.

Rientra in questa linea di azione, inoltre, anche il finanziamento degli investimenti attraverso la riduzione dei costi e gli incrementi dei ricavi. Tale strategia è stata adottata dalla Regione Lazio ed è stata allo studio della Regione Emilia Romagna, dalla Regione Liguria, dalla Regione Puglia e della Regione Lombardia.

Il grande vantaggio di questa strategia è la possibilità di liberare risorse da destinare a nuovi investimenti con maggiore flessibilità operativa rispetto all'indebitamento, in quanto si tratta di "fondi propri" delle aziende. Nel caso italiano, alcune Regioni hanno utilizzato la cartolarizzazione, causa l'obbligo di copertura dei disavanzi e l'impossibilità di attivare la leva fiscale.

La strategia di valorizzazione del patrimonio viene condotta anche a livello di azienda e in combinazione con tecniche di finanza di progetto o di collaborazione pubblico-privata al fine di aumentare i *cash flow* disponibili dalla gestione dei progetti e di rendere fattibili operazioni di realizzazione di nuove strutture sanitarie.

La seconda strategia o linea di azione si rivolge all'utilizzo di capitali privati, tramite prestito, altre forme di finanziamento e collaborazione pubblico-privata.

Una prima forma di finanziamento degli investimenti adottata dalle aziende sanitarie è quella dell'anticipazione di tesoreria[8]. L'oggetto del finanziamento, in tale caso, è tipicamente l'acquisto di nuove apparecchiature tecnologiche o la realizzazione di piccoli interventi strutturali.

[8] *L'anticipazione di tesoreria può essere concessa sino a un dodicesimo dell'ammontare annuo dei ricavi iscritti nel bilancio preventivo annuale. Si veda l'articolo 2. sexies lettera g) del decreto legislativo 229 del 1999.*

Un caso di valorizzazione immobiliare

A livello internazionale, un interessante caso di valorizzazione immobiliare è quella allo studio dello Stato francese. Lo Stato francese sta infatti esaminando la possibilità di costituire un fondo immobiliare con partecipazione pubblico-privata al fine di valorizzare e finanziare gli *asset* sanitari pubblici.
Allo stesso tempo, lo Stato francese ha allo studio la realizzazione di una società con investitori e società immobiliari interessate, con l'obiettivo di acquisire tutti gli *asset* degli ospedali pubblici, realizzare nuovi investimenti e valorizzare gli immobili.
Interessante, nel campo della valorizzazione degli immobili è poi l'esperienza svedese della Contea di Stoccolma, la quale ha acquistato tutte le strutture sanitarie pubbliche e private, dando in gestione il *facility management* a Locum, una società controllata al 100,0% dalla Contea. Si tratta di un operazione che risponde alla logica del *sale and lease back*.
Gli immobili sono poi dati in locazione agli ospedali dietro il pagamento di un canone di locazione in linea con i prezzi di mercato, garantendo una continuità nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.

Regione Toscana

Nel 2001 la Regione Toscana ha avviato una emissione obbligazionaria per un importo di 26 milioni di Euro, destinando il ricavato delle emissioni al potenziamento delle strutture sanitarie. Nel caso specifico le risorse sono state destinate all'acquisizione di macchinari tecnologicamente avanzati, in modo da potenziare il servizio e ridurre le liste d'attesa.

Maggiormente diffuso risulta essere il ricorso a capitali esterni nella forma dei mutui[9] o emissioni obbligazionarie. In tal caso è però necessario precisare che sono fissati dei limiti in tema di indebitamento, che se da un lato servono a tutela e garanzia del sistema, dall'altro limitano l'autonomia aziendale e le scelte decisionali delle aziende sanitarie.
Per quanto attiene all'indebitamento tramite emissioni obbligazionarie, alcune Regioni italiane, hanno fatto ricorso a tale strumento per reperire risorse necessarie ai propri programmi di investimento, tuttavia si è ancora molto lontani dalla sofisticazione finanziaria di alcuni Paesi e dall'introduzione di *project bonds*, ossia emissioni obbligazionarie il cui

[9] *Il decreto legislativo 229 del 1999 (art. 2 comma 2 sexies, lettere g), pone alcune limitazioni nella contrazione dei mutui da parte delle aziende sanitarie. In particolare è stabilito che:*
- *La Regione deve autorizzare l'azienda alla contrazione del mutuo;*
- *L'importo finanziato non deve superare il 15,0% delle entrate proprie correnti;*
- *La durata del finanziamento non deve essere superiore a 10 anni.*

rimborso è garantito dagli introiti tariffari legati alla realizzazione delle infrastrutture finanziate grazie alle stesse[10].
Altre Regioni, di contro, hanno fatto utilizzo dei Bor per la copertura dei disavanzi consistenti della gestione sanitaria, con un impatto significativo sulla tenuta degli equilibri dei bilanci regionali. Non sono invece state sperimentate, almeno nel contesto italiano, esperienze di obbligazioni gestite dalle Regioni per conto di un *pool* di aziende ospedaliere[11] oppure di emissioni obbligazionarie abbinate ad operazioni di finanza di progetto per la realizzazione di strutture sanitarie.
Nel Regno Unito, di contro, circa la metà dei *project finance* nel settore sanitario è finanziato con emissioni obbligazionarie, sperimentando la formula PAYG.
Fonte di finanziamento peculiare è quella derivante dalla Banca Europea degli Investimenti (BEI). La BEI nel corso degli ultimi anni ha finanziato numerosi progetti nel settore sanitario. La Banca Europea per gli Investimenti, per missione aziendale, finanzia solo progetti economicamente validi, che perseguono gli obiettivi dello sviluppo regionale e le priorità fissate dall'Unione Europea, tra cui giova ricordare l'occupazione generata dai progetti.
Anche il *leasing* ha registrato in questi anni una buona diffusione, dovuta soprattutto all'utilizzo di tale strumento per il finanziamento di nuovi impianti e strumenti tecnologici, quali, ad esempio, quelli per la diagnostica, beni strumentali, automezzi e *hardware*. Alcune aziende sanitarie, quali ad esempio quelle di Macerata, Varese, Messina, Venezia, Latina, Roma, Genova e Milano, hanno in passato fatto ricorso a forme di *leasing* per finanziare i propri investimenti. Attualmente le aziende sanitarie di Carbonia e Collegno stanno utilizzando il *leasing* operativo per acquisire TAC.
In Italia, negli ultimi anni, alcune aziende ospedaliere hanno studiato la possibilità di ricor-

Tabella 1 - Progetti finanziati nel settore sanitario dalla BEI

Stato	Numero progetti	% sul totale	Valore investimenti	% sul totale
Austria	6	11,3%	270.000.000	7,0%
Finlandia	2	3,8%	180.000.000	4,7%
Francia	6	11,3%	885.000.000	22,9%
Germania	28	52,8%	1.740.080.686	45,1%
Grecia	1	1,9%	70.000.000	1,8%
Italia	1	1,9%	16.629.912	0,4%
Spagna	4	7,5%	191.484.206	5,0%
Svezia	1	1,9%	109.289.617	2,8%
Regno Unito	4	7,5%	396.490.873	10,3%
Totale	53	100%	3.858.975.294	100,0%

Fonte: rielaborazioni su dati Bei (2004)

[10] *Meneguzzo M., (1999).*

[11] *Boccia F., (1995).*

rere a *leasing* immobiliare per realizzare parte delle loro strutture, con tempi di realizzo certi e flessibilità nella definizione dei canoni. Tuttavia problemi di tipo giuridico e la necessità di dover applicare la legge sui lavori pubblici, hanno di fatto spostato le strategie delle aziende verso il *project finance* o verso le collaborazioni pubblico-private. Certamente, l'utilizzo del *leasing* non è inoltre, facilitato, a causa dell'impatto generato sul rispetto del patto di stabilità interno.
Il *leasing* ha trovato invece applicazione nella forma del *lease back*, come strumento per fare cassa e risolvere almeno temporaneamente i problemi finanziari del debito sanitario.
La linea di azione che ha però conosciuto maggiore diffusione, soprattutto nell'ultimo triennio è quella relativa alla ricerca di fonti innovative di finanziamento tramite una maggiore collaborazione tra settore sanitario e settore delle imprese private. Il principale obiettivo nell'utilizzo della finanza di progetto e delle PPP nel settore sanitario è quello di ridurre i tempi necessari per la realizzazione delle infrastrutture e di raggiungere un miglioramento in termini qualitativi dei servizi offerti.
Per altri studiosi, l'obiettivo implicito del coinvolgimento dei capitali privati, è invece rappresentato dall'ottenimento della cosiddetta "finanza sostitutiva", vale a dire di non far gravare sul bilancio delle pubbliche amministrazioni, l'onere della spesa in conto capitale per la costruzione delle infrastrutture. Grazie al partenariato pubblico-privato l'azienda sanitaria ottiene di fatto, una dilazione dei pagamenti alle imprese affidatarie durante l'arco di vita del progetto.
Nel modello inglese di finanza di progetto *PFI-Private Finance Initiative* l'operatore privato, progetta, costruisce, finanzia e gestisce reparti ospedalieri o interi ospedali, per un periodo di 30-60 anni, durante il quale l'azienda sanitaria si vincola ad acquistare tali servizi, retribuendo l'investitore mediante il pagamento di una tariffa periodica per tutta la durata. Questo schema di finanziamento potrebbe essere facilmente paragonato ad un mutuo o più semplicemente ancora ad un *leasing* finanziario od operativo trentennale.
Il settore sanitario, per sua natura, si caratterizza per complessità dei progetti e per la dimensione elevata degli investimenti in gioco. È evidente che la peculiarità delle opere da realizzare, qualificabili come "opere fredde" o a bassa rilevanza imprenditoriale determina la necessità di una contribuzione pubblica. Nel settore sanitario, infatti, i ricavi per i servizi commerciali e non clinici gestiti dai privati sono di per sé insufficienti a generare ritorni economici idonei a ripagare interamente le risorse impiegate per la realizzazione delle strutture. Per stimolare il coinvolgimento dei capitali privati, considerate le esternalità positive che la realizzazione dell'opera genera, è necessario pertanto erogare un contributo pubblico.
Nel caso del PFI o del PPP la collaborazione pubblico privata porta però a condividere rischi, responsabilità e parte dei ricavi derivanti dagli investimenti comuni, per ottenere risparmi sui costi ed una migliore allocazione delle risorse finanziarie.
In relazione alla collaborazione pubblico-privata, le esperienze nazionali più interessanti mostrano un passaggio graduale da un modello "leggero" di sola esternalizzazione dei servizi o di esclusivo *global service*, peraltro diffuso da diversi anni, ad un modello "evoluto" in cui la collaborazione prevede la realizzazione o ammodernamento della struttura, congiuntamente alla gestione della stessa e di alcuni servizi non medicali (mensa, riscaldamento, elaborazione dati, ecc.).

9.3 Finanza di progetto e partenariato pubblico-privato nel settore sanitario

Nonostante in Italia le diverse aziende sanitarie stiano sperimentando ed utilizzando strumenti di finanza innovativa, il livello di autonomia dal punto di vista finanziario e delle politiche di finanziamento risulta limitato.

Le aziende sanitarie sono, di fatto, finanziate dalla Regione (circa l'80,0-90,0%), che rappresenta l'amministrazione titolare del servizio pubblico di assistenza sanitaria, ciò preclude la possibilità di attuare delle politiche di incremento delle entrate e determina la separazione tra gestione finanziaria dedicata all'attività operativa e gestione finanziaria collegata ai processi di investimento[12].

Le aziende ospedaliere sono obbligate al rispetto dei vincoli di pareggio di bilancio, ma hanno discrezionalità nell'utilizzo degli eventuali avanzi di amministrazione (a copertura di investimenti in conto capitale e/o di oneri di parte corrente).

Il mancato rispetto dei vincoli di bilancio comporta però la revoca dell'autonomia aziendale e il commissariamento da parte della Regione. Di contro, sussistono anche dei limiti all'indebitamento e alla realizzazione di nuove strutture sanitarie.

A livello regionale, di contro, pur esistendo dei vincoli alla contrazione di debito, alcune leggi nazionali hanno derogato consentendo l'esclusione degli oneri per sanare *deficit* sanitari dai limiti regionali all'indebitamento.

Le aziende sanitarie dispongono di maggiore autonomia nell'ambito della gestione patrimoniale ma, anche in questo caso, per la vendita o dismissione di un immobile disponibile, è necessaria un'autorizzazione regionale.

La gestione finanziaria per le aziende sanitarie ha acquistato importanza strategica, nel ricorso al *project finance* e nella gestione dei contratti sottoscritti con i concessionari privati. A fronte della realizzazione e della gestione delle strutture ospedaliere, l'azienda sanitaria deve corrispondere risorse finanziarie nelle forme di:

- un contributo in conto investimenti per la realizzazione della struttura sanitaria, considerato che nella maggior parte dei casi i ricavi da attività commerciali non sono di per sé sufficienti a ripagare il costo sostenuto per l'investimento dal privato;
- un canone annuale, articolato in componenti di natura fissa (per la disponibilità dell'infrastruttura) e componenti di natura variabile (per i servizi non sanitari erogati dal concessionario).

Diviene fondamentale per le aziende sanitarie ottimizzare e programmare meglio l'uso delle risorse a propria disposizione, considerato l'irrigidimento delle spese di bilancio che l'azienda sanitaria si trova a dover gestire, a seguito di un'operazione di finanza di progetto. Al contempo, le aziende sanitarie devono essere in grado di determinare esattamente quale livello di contributo pubblico garantisca condizioni di equilibrio economico-finanziario al concessionario privato, esaminando la remunerazione per il privato rispetto a ciascun servizio.

Molte aziende, non disponendo di strutture adeguate, hanno fatto ricorso a consulenti e specialisti esterni al fine di effettuare valutazioni di convenienza del ricorso alla finanza di

[12] *Rebora G., Meneguzzo M., (1990).*

progetto. Di contro, sarebbe necessario sviluppare un'abitudine a scelte di tipo *make or buy*, di esternalizzazione o di finanza di progetto, conducendo le necessarie valutazioni di convenienza economico-finanziaria. Tali tipi di valutazione risultano infatti funzionali a motivare la scelta del ricorso alla finanza di progetto nei termini di minor spesa in conto capitale e di maggiore qualificazione della spesa corrente.
La valutazione della convenienza dell'opzione PFI richiede di prendere in considerazione i seguenti elementi:
- il contributo a fondo perduto;
- il valore attuale netto dei canoni corrisposti al concessionario per la gestione dei servizi;
- i rischi trasferiti al concessionario privato;
- i risparmi gestionali conseguenti alla gestione privata (costi cessanti).

Occorre pertanto compiere un'attenta valutazione degli importi minimi e massimi che i canoni per servizi possono assumere, sia come costo annuale cui occorre far fronte su un orizzonte di medio-lungo periodo, che come risorse per migliorare la qualità e l'efficienza della struttura sanitaria.
Vanno di conseguenza segnalate criticità e implicazioni della sostenibilità delle diverse soluzioni di collaborazione pubblico privata, al fine di permettere ai soggetti coinvolti di trovare una adeguata remunerazione delle loro risorse. Nel considerare le operazioni di finanza di progetto, occorre prendere in considerazione anche i risparmi gestionali che saranno conseguiti, a seguito della realizzazione delle nuove strutture sanitarie.
Interessanti in tal senso sono i risultati di una ricerca di Finlombarda sulla percentuale di contribuzione del settore pubblico negli schemi di finanza di progetto del settore sanitario. Da questa ricerca emerge che più del 50,0% dei progetti prevede un contributo pubblico superiore al 50,0% del valore dell'investimento. Le prossime ricerche dovrebbero focalizzarsi sulla percentuale di costi sostenuti dall'azienda sanitaria per il contratto di PFI, rispetto ai costi totali dell'azienda sanitaria. Se si considera, ad esempio, il caso dell'Ulss n. 8 di Asolo, nettamente evidente è la rigidità di bilancio che verrà a crearsi a seguito della convenzione sottoscritta. Circa il 30,0% delle risorse annuali di bilancio saranno destinate al soggetto privato. Se a tale somma si aggiungono le spese sostenute per il personale, la rigidità di bilancio assume dimensioni consistenti.

9.4 Le esperienze nel Servizio Sanitario Nazionale

L'esame dell'esperienza di applicazione della finanza innovativa nel settore sanitario italiano mostra la presenza di due livelli di azione:
- livello di gruppo, laddove le Regioni intervengano con operazioni di cartolarizzazione, realizzazione di fondi immobiliari o emissioni obbligazionarie. Tali strumenti presuppongono infatti il raggiungimento di una massa critica, ottenibile solo a livello regionale;
- livello aziendale, laddove le aziende cerchino di applicare strumenti quali il *project finance*, il *leasing* o l'indebitamento presso il sistema finanziario.

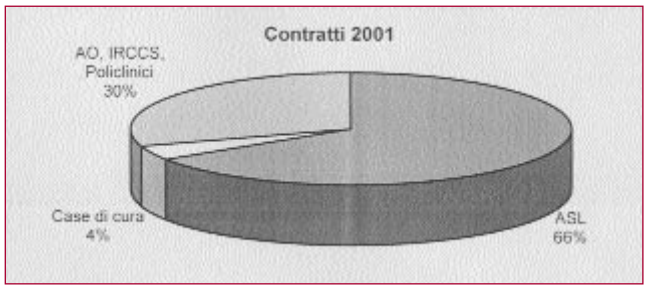
A livello di gruppo, le strategie delle Regioni si sono focalizzate soprattutto sulla valorizzazione del patrimonio immobiliare del servizio sanitario e sulla cessione degli *asset* considerati non più strategici. Alcune Regioni hanno cercato di aumentare i redditi ricavati dagli immobili in proprio possesso tramite una migliore gestione; altre hanno messo a

Figura 3 - Le esperienze di *outsourcing* nel SSN

CONTRATTI 2001

Asl	48
Case di cura	3
AO, IRCCS, Policlinici	22

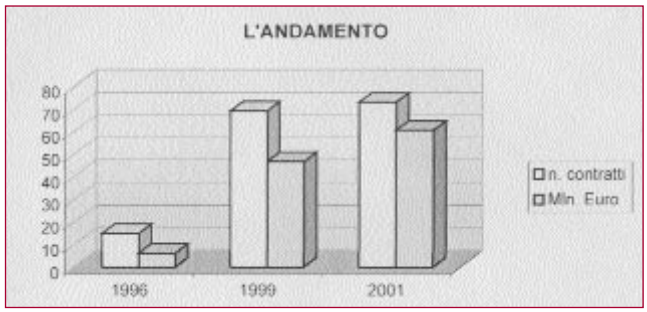
Fonte: Anie (2002)



L'ANDAMENTO

Anno	n.contratto	mln.Euro
1996	15	6,18
1999	69	46,51
2001	73	60,5

Fonte: Anie (2002)



punto programmi di dismissione di immobili disponibili al fine di ricavare le risorse necessarie per nuovi investimenti in strutture sanitarie e tecnologie; altre ancora, non avendo a disposizione altre leve per il finanziamento e non avendo patrimonio disponibile da cedere, hanno realizzato o hanno tentato operazioni di *sale and lease back* delle strutture sanitarie.
La ricerca di mezzi innovativi per la valorizzazione ed il finanziamento delle infrastrutture ha condotto alcune Regioni allo studio di soluzioni analoghe a quelle di Infrastrutture Spa.
A livello aziendale, l'applicazione delle tecniche di finanza innovativa è avvenuta in modo quasi uniforme in tutto il territorio italiano ed è stata semplificata dalla preesistenza di alcune condizioni.
Esaminando, ad esempio, il modello italiano di *project finance* nel settore sanitario, risulta evidente, infatti, come lo stesso rappresenti un'evoluzione di strategie gestionali di esternalizzazione condotte dalle diverse aziende sanitarie nel corso dell'ultimo decennio.
Le aziende ospedaliere italiane, da anni, gestiscono le strutture sia utilizzando personale proprio, sia mediante il ricorso ad affidamenti esterni a soggetti privati per alcuni servizi (si pensi al caso degli ospedali di Castelfranco e Montebelluna).
Dal punto di vista gestionale, l'applicazione della finanza di progetto nel settore sanitario non ha modificato in maniera sostanziale l'assetto gestionale delle strutture ospedaliere.
Le stesse infatti, come si è detto, ricorrono da tempo a forme di *outsourcing* dei propri servizi (per un quadro delle esperienze di *outsourcing* nel settore sanitario si veda successiva elaborazione di M. Festuccia, predisposta all'interno di una ricerca condotta dall'Università Roma Tor Vergata).

Servizi gestiti dai privati

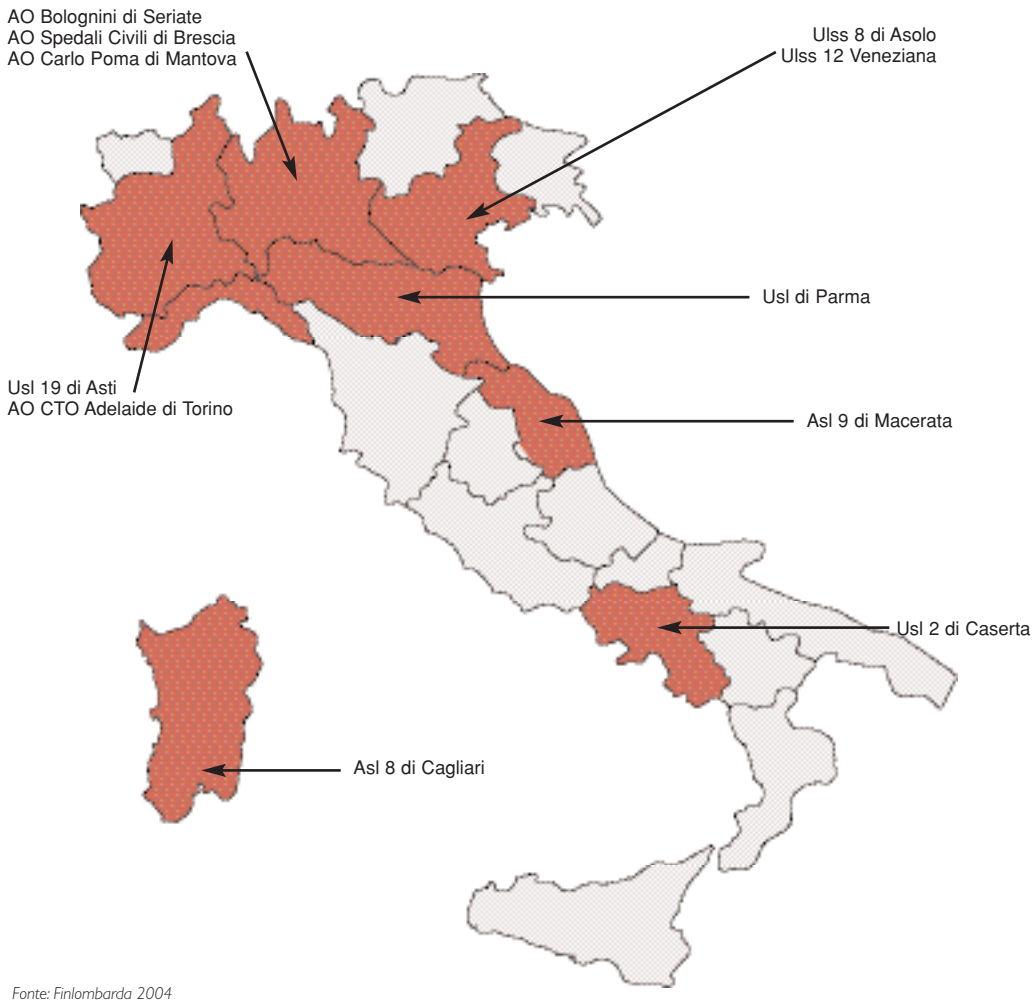
I servizi che il privato gestisce e a fronte dei quali l'azienda paga un canone sono così articolati:

- la manutenzione ordinaria e straordinaria dell'edificio e degli impianti (centrali termiche, centrali frigorifero, condizionamento, impianti elettrici, idraulici e per gas medicali);
- i servizi alberghieri (mensa per degenti e personale, pulizia della struttura, smaltimento rifiuti, *reception* e servizio unico prenotazioni, parcheggi auto);
- i servizi ospedalieri generali (magazzino ospedaliero, sistemi informativi ospedalieri, sistemi multimediali di informazione, farmacia, disinfezione);
- i servizi sanitari non medicali (gestione e manutenzione delle attrezzature medicali di reparto - sale operatorie, radiologia, diagnostica per immagini - , fornitura materiali sanitari).

Al complesso di servizi elencati viene affiancata, secondo volumi e modalità differenti nei singoli casi, anche la gestione di spazi commerciali ricavabili nella struttura.

Tuttavia, l'applicazione della finanza di progetto permette, rispetto alla semplice esternalizzazione, di ottenere una semplificazione amministrativa ed una migliore gestione complessiva, grazie al raggruppamento di tali esternalizzazioni in un unico contratto e grazie dunque alle economie di scala che ne derivano.
Il modello italiano, infatti, prevede l'intervento di soggetti privati nella costruzione o ristrutturazione della struttura ospedaliera (opere, impianti e attrezzature) e nella gestione dei servizi funzionali alla struttura ospedaliera.
Le prestazioni mediche e della direzione sanitaria rimangono invece di stretta competenza delle aziende sanitarie. Forme di collaborazioni pubblico private più avanzate, che prevedono l'affidamento al privato dei servizi medicali, sono al momento praticate unicamente per alcune strutture di tipo riabilitativo.
Negli ultimi anni si è assistito in Italia ad una crescita lenta ma costante dei progetti programmati e avviati con la finanza di progetto.
Attualmente, secondo i dati rilevati dall'Osservatorio sul *project finance* in sanità di Finlombarda, sono stati censiti 49 interventi per un ammontare complessivo di investimenti di circa 2,996 miliardi di Euro. 11 di questi interventi rilevati, per un ammontare di circa 572 milioni di Euro, hanno già raggiunto la fase di aggiudicazione. Rispetto a tali interventi, occorre precisare che 3 di essi sono di modesta dimensione e non riguardano la realizzazione di strutture ospedaliere bensì di strutture di supporto, quali centrali per la produzione di energia elettrica, sistema di rete fonia-dati, parcheggi.
I più significativi interventi avviati sono localizzati nella Regione Veneto e riguardano la costruzione del nuovo ospedale di Mestre (180 milioni di Euro) e la ristrutturazione e il completamento degli ospedali di Castelfranco Veneto e Montebelluna (122 milioni di Euro).
Gli altri interventi di dimensioni rilevanti sono quelli relativi all'Usl n. 2 di Caserta volti alla realizzazione del nuovo presidio di Aversa (113 milioni di Euro) e all'Asl n. 8 di Cagliari che realizzerà per mezzo della finanza di progetto il nuovo presidio ospedaliero Microcitemico (60,6 milioni di Euro).

Figura 4 - Progetti di partenariato pubblico-privato aggiudicati in Italia



Fonte: Finlombarda 2004

Per quanto riguarda gli interventi in corso, eccetto alcune Regioni che hanno cercato di risolvere il problema del finanziamento delle strutture sanitarie con altre modalità (emissioni obbligazionarie o indebitamento), la maggior parte delle Regioni italiane mostra numerosi interventi programmati o in gara. Al momento attuale, risultano in corso di realizzazione 38 iniziative per un ammontare di investimenti pari a 2.423 milioni di Euro. Altre Regioni, come ad esempio la Regione Valle d'Aosta, hanno deciso, dopo diverse valutazioni, di abbandonare la tecnica della finanza di progetto a favore di altre modalità di finanziamento.

9.5 La *public private partnership*: esperienze in atto a livello Europeo, prospettive e nodi critici

Negli ultimi anni si è assistito, a livello internazionale, ad una proliferazione di forme di collaborazione pubblico-privato definite nel linguaggio internazionale "PPPs" (*Public Private*

Figura 5 - Regioni che presentano interventi di partenariato pubblico-privato

Fonte: Finlombarda 2004

Partnerships) e che prevedono la realizzazione e la gestione delle strutture sanitarie.
Il crescente interesse per le collaborazioni pubblico private è inoltre dimostrato dalla recente approvazione da parte dell'Unione Europea del Libro Verde sul partenariato pubblico privato e alla decisione Eurostat sul trattamento contabile delle PPP. L'applicazione delle tecniche non ha registrato un'applicazione omogenea, ma quasi tutti i Paesi dell'Europa stanno sperimentando forme di collaborazione pubblico-privata nel settore sanitario, data la necessità comune di ammodernamento e riqualificazione delle strutture ospedaliere e sanitarie. Esaminando le diverse forme di finanziamento dei programmi di realizzazione delle nuove strutture sanitarie, si passa da un netto predominio, del ricorso a forme di *project finance*, come ad esempio nel caso del Regno Unito, ad una quasi totale assenza del capitale privato, come in Germania. Molti Paesi hanno lanciato progetti pilota e hanno costituito *task force* per il supporto della finanza di progetto al fine di favorire l'adozione delle tecniche di collaborazione pubblico-privata.
Il Regno Unito rappresenta il primo Paese che ha sperimentato l'utilizzo di schemi di

Progetti

I primi 14 ospedali annunciati nel 1997 hanno dato origine alla *first wave* per un valore complessivo di 1,3 miliardi di sterline. Successivamente sono stati realizzati 12 progetti (1,86 miliardi di sterline) nella seconda ondata e 6 nella terza ondata. I progetti, lanciati nel 2000, 2001 e nel 2002 hanno preso il nome di *forth, fifth and sixth wave* che allo stato attuale sono in fase di valutazione e di aggiudicazione. Per quanto riguarda i progetti realizzati, a giugno del 2003 risultavano aggiudicati 33 progetti per un valore di investimento pari a circa 7.500 milioni di Euro.
Il nuovo piano di investimenti, programmato dal Ministero della Sanità inglese, prevede invece la realizzazione di 100 nuovi ospedali entro il 2010, per un investimento totale di 10,5 miliardi di Euro.

finanza privata (*Private Finance Initiative*) per il finanziamento, la realizzazione e la gestione delle strutture del servizio sanitario nazionale. Il ricorso al PFI è stato avviato nel corso del 1992 dal Governo conservatore inglese, a seguito dell'abolizione del divieto di utilizzo delle risorse private nel finanziamento dei servizi pubblici. La presenza di vincoli posti sull'indebitamento pubblico e la necessità di risorse finanziarie da dedicare all'ammodernamento delle strutture e alla realizzazione di nuovi ospedali hanno accelerato il processo di utilizzo e diffusione delle tecniche di collaborazione pubblico-privata.
A partire dal 1997, il Governo inglese ha avviato nel settore sanitario la costruzione di grandi ospedali, sperimentando diversi modelli di finanziamento delle infrastrutture pubbliche tramite il ricorso a capitali privati (PFI) e successivamente tramite partnership pubblico-privata. In tale Stato, il ricorso alla finanza di progetto nel settore della pubblica amministrazione è stato caratterizzato dalla diffusione di un *know how* specialistico per la strutturazione di operazioni di PFI e per la valutazione dei vantaggi in termini di qualità e rapporto costi-benefici (*value for money*).
Nel modello inglese le prestazioni sanitarie continuano ad essere offerte dal servizio sanitario, mentre al settore privato vengono affidate la progettazione e costruzione della struttura sanitaria e la gestione dei servizi non sanitari. Il recupero dell'investimento da parte del gestore avviene per mezzo del pagamento di un canone da parte del *NHS trust*, comprensivo dei corrispettivi relativi alla disponibilità della struttura e alle prestazioni dei servizi. Il pagamento è subordinato al rispetto delle condizioni contrattuali definite in termini di volumi e qualità delle prestazioni.
Il posizionamento dei diversi Paesi rispetto al modello di collaborazione pubblico-privata è vario, soprattutto in relazione all'inclusione o meno dei servizi sanitari nella PPP.
In Spagna, ad esempio, le Comunità autonome stanno sperimentando diversi modelli di finanziamento con capitali privati, adottando modelli di *funding* sempre più innovativi.
La Regione di Valencia è stata la prima a sperimentare un modello di collaborazione pubblico privata per il finanziamento, la costruzione e la gestione di tutte le attività, incluse quelle sanitarie del nuovo ospedale di Alzira (61 milioni di Euro). La struttura, realizzata in un anno e mezzo e completamente gestita dai privati per un periodo di 10 anni, eroga tutti i servizi sanitari dietro la corresponsione di una quota di finanziamento pro-capite di

Tabella 2 - Progetti di partenariato pubblico-privato nel settore sanitario

Paese	Programmati	In gara	Aggiudicati	Totale
Regno Unito	13	17	33	63
Italia	9	29	11	49
Australia		4	10	14
Canada		2	2	4
Portogallo	9	1	0	10
Spagna	8	0	2	10

Fonte: Finlombarda (2004)

circa 200 Euro annui. Tale modello ha ottenuto nel 2000 e nel 2001 un riconoscimento come miglior ospedale spagnolo (IASIST) ed è stato poi esteso dalla stessa Comunidad ad altre esperienze quali ad esempio Torre Vieja.
Contemporaneamente altre Comunità, come quella di Madrid (ma la Comunità di Catalogna aveva studiato un simile modello), hanno in programma la realizzazione di nuove strutture sanitarie e la gestione delle stesse tramite finanza di progetto. Il programma di investimento prevede la costruzione di 8 nuovi ospedali, per un investimento totale di 800 milioni di Euro. In questo caso il modello non prevede l'affidamento dei servizi clinici e sanitari.
Il Portogallo mostra invece una coesistenza dei modelli di finanziamento pubblici tradizionali, con un modello di collaborazione pubblico privata. Il finanziamento e la realizzazione delle nuove strutture ospedaliere è di competenza del Ministero della Sanità e le aziende sono caratterizzate da una limitata autonomia finanziaria, anche se attualmente è in corso un processo di aziendalizzazione del sistema sanitario e di utilizzo dei DRG come sistema di finanziamento delle prestazioni sanitarie.
Il Portogallo ha adottato due anni fa il modello del partenariato pubblico-privato, costituendo una *task force* dedicata allo sviluppo delle PPP nel settore sanitario (*parcerias saude*). Attualmente il Portogallo ha in gara il progetto di realizzazione del nuovo ospedale di Loures per un importo di investimento di 120 milioni di Euro.
Al contempo, sono stati programmati altri 9 progetti da realizzare con tale modello, per un importo di investimenti complessivo (considerando solo il costo delle infrastrutture) di circa 800 milioni di Euro.
Il modello del Portogallo è peculiare perché associa alla gestione delle infrastrutture la

Modello pubblico-privato

Il modello prevede due società di progetto, una dedicata alla gestione dell'infrastruttura (*infraco*) con durata 30 anni e una società dedicata alla gestione dei servizi clinici (*clinco*) con durata 10 anni. In tal modo, laddove le prestazioni sanitarie non raggiungano gli standard prefissati, diviene più semplice rinegoziare i contratti o cambiare gestore.

gestione dei servizi clinici. Tale modello è però coerente con il processo di aziendalizzazione in corso nel sistema sanitario privato. Nel nuovo modello sanitario, gli ospedali, pur continuando ad appartenere allo Stato, possono essere gestiti dai privati. Il primo esempio di tale nuovo modello è l'ospedale Fernando Fonseca di Sintra.
Lo Stato francese non ha ancora realizzato interventi di finanza di progetto, tuttavia ha recentemente varato una legge sulla finanza di progetto che dovrebbe incentivare il finanziamento degli investimenti in edilizia sanitaria da parte degli investitori privati.
Il governo francese, ha annunciato nel 2002 la sua intenzione di costruire nuovi ospedali e ristrutturare quelli esistenti, ricorrendo in parte alla collaborazione pubblico privata. Si tratta di 932 progetti programmati per un costo totale intorno a 10,2 miliardi di Euro. Nel corso del 2003 sono stati annunciati 8 progetti pilota che faranno ricorso alla finanza di progetto e che sono allo studio della cassa depositi e prestiti francese.
Attualmente progetti pilota che sono in realizzazione con forme di collaborazione pubblico privata sono quelli dell'ospedale di Caen (92 milioni di Euro) e del centro ospedaliero *Sud Francilien* a Sud di Parigi.
In Germania, Paese che non ha una lunga tradizione nell'esperienza e nell'applicazione della finanza di progetto e nelle collaborazioni pubblico private, gli ospedali pubblici sono stati progressivamente trasformati in strutture private, al fine di introdurre maggiore flessibilità ed efficienza gestionale. La gestione dell'ospedale è stata infatti affidata a società private che si occupano dell'erogazione delle prestazioni sanitarie e di tutti i servizi *non core*. Nella gran parte degli ospedali pubblici la maggior parte dei servizi *no core* è stata esternalizzata, ottenendo significativi miglioramenti in termini di efficienza.
In Austria, l'applicazione delle tecniche di PPP è avvenuta per la realizzazione di un nuovo centro di radioterapia a Krems (22 milioni di Euro), centro per la cura di 1.200 pazienti ogni anno. È stato realizzato, inoltre, anche l'ospedale di Linz.
Per concludere il quadro europeo sull'applicazione della finanza di progetto e delle collaborazioni pubblico-private nel settore sanitario, è necessario ricordare che anche altri Paesi stanno sperimentando la tecnica della finanza di progetto e delle collaborazioni pubblico private al settore sanitario. I più attivi in tal senso sembrano essere i Paesi dell'Europa Orientale. La Repubblica Ceca ha ad esempio realizzato con tali tecniche l'ospedale di Motol. La Polonia ha invece aggiudicato il progetto dell'ospedale di Zyrardów e la Romania ha attualmente in corso una gara (ospedale di Timisoara). Nei Paesi del Nord Europa, di contro, Norvegia e Finlandia non hanno ancora realizzato alcun progetto, ma hanno in corso le gare per gli ospedali di Trondheim e di Folkhälsan.
L'analisi della diffusione della finanza di progetto, nei diversi Paesi europei, dimostra dunque come l'utilizzo delle tecniche di collaborazione pubblico-privata in Italia si trovi attualmente ad uno stadio molto avanzato, se comparato ad altri Paesi Europei (Spagna, Francia e Germania).
L'applicazione della finanza di progetto e delle collaborazioni pubblico private, è stata accompagnata da un intenso dibattito politico e tecnico sui vantaggi e svantaggi delle tecniche. Tale dibattito si è focalizzato sugli effetti della collaborazione pubblico-privata sull'intero sistema e sulla gestione finanziaria della singola azienda sanitaria.
Con la collaborazione pubblico privata, si attua, infatti, un meccanismo per cui il costo

della realizzazione della struttura sanitaria viene distribuita lungo tutta la durata della concessione. Si tratta, quindi, di una strategia utilizzata dalle aziende sanitarie al fine di aggirare, in parte, il vincolo di durata di 10 anni per le operazioni di indebitamento capitale.
Numerosi sono stati gli studi realizzati al fine di comparare il ricorso alla finanza di progetto, o più in generale alle collaborazioni pubblico private, rispetto ai tradizionali sistemi di realizzazione dei lavori pubblici (appalto tradizionale). Tali studi condotti da commissioni governative, da istituti di ricerca e da società di consulenza hanno evidenziato le maggiori criticità che vengono generate dall'applicazione dei modelli di PPP nella realizzazione di strutture sanitarie.
La principale criticità del modello di collaborazione tra pubblico e privati riguarda la creazione di una situazione di rigidità di bilancio e di limitata flessibilità nella gestione delle risorse e del servizio. Il costo annuale cui dovranno far fronte le aziende che decidono di ricorrere alla finanza di progetto deve essere pertanto attentamente vagliato, considerando anche le disponibilità annuali di bilancio e le modalità di trasferimento dei fondi da parte delle Regioni. La strutturazione delle operazioni di finanza di progetto e il ricorso alle consulenze, nel caso inglese, ha infatti inciso in genere per una cifra che oscilla dal 2,0 al 4,0% del progetto. A ciò bisogna aggiungere i costi degli *staff* pubblici interessati e i costi dovuti ai lunghi iter negoziali.

Il PFI nel Regno Unito

L' 'esperienza del PFI nel Regno Unito non permette comunque di esprimere valutazioni oggettive sulla convenienza della tecnica o sul miglioramento dell'efficienza della spesa pubblica, considerato che i progetti sinora realizzati sono alla fase iniziale della loro vita (5-7 anni). Tuttavia, il governo e gli esponenti del mondo accademico sono ora abbastanza preoccupati sui costi intergenerazionali che i contratti siglati comporteranno.
Studi condotti da società di consulenza (*Value for Money Drivers in the Private Finance Iniziative*) dimostrano, tramite l'analisi di 29 progetti, un risparmio di circa il 17,0% dei progetti finanziati con Pfi rispetto ai progetti finanziati con fondi pubblici. Il risparmio può essere attribuito in larga parte al trasferimento dei rischi in capo ai privati, anche se il calcolo della convenienza viene influenzato in maniera determinante dalla scelta del tasso di sconto.
In una ricerca pubblicata lo scorso anno (vedi bibliografia), il National Audit Office concludeva che la Private Finance Initiative aveva drasticamente migliorato il rispetto dei budgets di costruzione e dei tempi di consegna delle opere pubbliche. Nel campione considerato, il 22,0% delle iniziative in regime di PFI aveva mostrato incrementi nei costi di costruzione, contro il 73,0% degli appalti tradizionali. Rispetto ai tempi di consegna, nel caso delle iniziative di PFI, si erano verificati ritardi nel 24,0% dei casi rispetto al 70,0% degli appalti tradizionali. Altri studi hanno dimostrato l'assenza di vantaggi comparati dal punto di vista finanziario del PFI rispetto all'indebitamento di lungo periodo attuato nei tradizionali sistemi di finanziamento. Tali studi hanno evidenziato, inoltre, la necessità di fornire garanzie pubbliche per consentire ai concessionari privati stessi di accedere al debito, annullando in gran parte il trasferimento dei rischi.

I maggiori costi sostenuti con il PFI obbligano talvolta le strutture ospedaliere a contenere le spese di gestione dei servizi clinici, al fine di poter sostenere economicamente i canoni annui da corrispondere al concessionario.
Le possibilità di manovra delle aziende sono, infatti, ridotte alla parte di bilancio destinata ai servizi clinici, su cui l'azienda può cercare di contenere i costi o aumentare le entrate; sono almeno 10 gli ospedali che hanno realizzato progetti con la PPP e che stanno fronteggiando debiti per circa 40 milioni di sterline[13].
Scelte finanziarie errate o affrettate, possono pertanto incidere in maniera negativa sulla qualità e sul livello del servizio pubblico offerto.
Uno dei vantaggi che viene solitamente riportato, è invece la configurazione della finanza di progetto quale operazione *off balance sheet*. In realtà però tale vantaggio si concreta solo in parte nel caso delle collaborazioni pubblico private. Infatti, la corresponsione di canoni e di eventuali contributi determina comunque un impatto sul bilancio. Inoltre, secondo le regole di contabilizzazione Eurostat, non spetta certamente agli autori tracciare un bilancio dell'esperienza della PFI e del più ampio concetto di Public Private Partnership nel Regno Unito. Certamente, occorre precisare che il programma PFI non ha determinato nei diversi Paesi esaminati l'abbandono delle tradizionali procedure di appalto che continuano ad essere seguite, laddove l'amministrazione non ritenga che la partecipazione dei privati possa apportare significativi benefici.
Nel medio termine, le strutture sanitarie sembrano evolvere verso un modello di PPP, con il trasferimento di parte del rischio e di contributi dalla pubblica amministrazione alla società di progetto. Inoltre, si sta tentando di sviluppare una maggiore collaborazione tra pubblico e privato, come nel caso dei NHS LIFT, in cui viene realizzata una *joint venture* tra medici, dipartimento della sanità e privati. In questo modello i medici assumeranno in capo a loro circa il 20,0% della società e dei conseguenti rischi.

[13] *The Observer, 15/03/04*

Bibliografia/References

Amatucci F., (1998), *Applicabilità del modello del project finance in Sanità*, in MECOSAN n. 27.

Amatucci F., (2002), *Il project finance nelle aziende pubbliche*, EGEA Milano.

Boccia F., (1995), *I buoni obbligazionari comunali*, Il sole 24 Ore.

Boccia F, Nigro M., (2000), *La finanza innovativa. BOC, BOR, BOP e swap*, Il Sole 24 Ore.

Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica, *Unità tecnica di finanza di progetto*, *Relazione sull'attività del periodo luglio 2000-dicembre 2001*.

Dexia Crediop, (2004), *Le cartolarizzazioni del settore pubblico italiano*, Public Finance, n. 2, 7-8.

Ernst&Young, (2002), *Progress and Prospects: Healthcare PFI a survey*.

Finlombarda (2003), *Le modalità di finanziamento dell'edilizia sanitaria nei principali sistemi sanitari Europei*, FINLOMBARDA SpA.

Meneguzzo M., (1996), (a cura di), *Strategie e gestione delle reti di aziende sanitarie*, Egea.

Meneguzzo M., (1999), *Dal piano straordinario poliennale alla finanza di progetto. Modalità innovative di finanziamento degli investimenti nelle ASL, in AA.VV Autonomia regionale e sistema sanitario*, Università Studi di Torino Quaderno n. 39.

Meneguzzo M., (2003), (a cura di) *Manuale di finanza innovativa per le amministrazioni pubbliche*, Rubettino editore.

Ministero della Salute *Il partenariato pubblico privato nella realizzazione e gestione di strutture sanitarie opportunità e problemi*, atti del Workshop di Lamezia Terme 2002 a cura del nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici

National Audit Office, *PFI construction performance*, 05/02/2003

Pollock A.M., Shaoul J., Rowland D., Player S. (2001), *Public Services and the private sector: a response to IPPR*, Catalyst Working paper, November 2001, London.

Rebora G., Meneguzzo M., (1990), *Strategia delle Amministrazioni Pubbliche*, Utet, Torino

The Observer, 15/03/04

Wootton Ian, (2002), *Public private partnerships: the prognosis for health*, in The Global PPP directory 2002, London.

Capitolo 10

Il programma di razionalizzazione della spesa per beni e servizi della Pubblica Amministrazione. Ruolo ed attività di Consip

Bettacchi R.[1], Russo A.[2]

10.1 Introduzione

Il Programma di razionalizzazione della spesa per beni e servizi della P.A. nasce nel contesto dell'intervento normativo ed organizzativo della Pubblica Amministrazione volto a conseguire, nell'ambito generale di sviluppo del piano italiano di *e-government*, gli obiettivi di contenimento della spesa, di miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia dell'azione amministrativa, di innovazione e di gestione del cambiamento. Il Programma è stato avviato nel 2000, a seguito dell'introduzione di un nuovo sistema per l'ottimizzazione degli approvvigionamenti pubblici, previsto all'art. 26 della Legge Finanziaria 2000. Il sistema prevede che il Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) stipuli convenzioni quadro con imprese fornitrici, selezionate tramite procedure di scelta del contraente nel rispetto della normativa nazionale e comunitaria applicabile, a beneficio di tutte le Pubbliche Amministrazioni. Le imprese fornitrici si impegnano ad accettare, alle condizioni ed ai prezzi stabiliti nelle convenzioni, ordinativi di fornitura dalle Amministrazioni, sino alla concorrenza di un quantitativo complessivo predeterminato.

Obiettivo di questo contributo è quello di descrivere in modo sintetico l'attività svolta da Consip negli ultimi anni, con un particolare *focus* alle attività condotte nel settore della sanità, set-

[1] *Responsabile Mercato Sanità - Consip SpA*

[2] *Consip SpA*

[3] *Legge 23 dicembre 1999, n. 488.*

The program for rationalizing the public administration spending for goods and services. The Consip role and activity

Bettacchi R.[1], Russo A.[2]

Summary

Public health allows spending less and better, and the cooperation with public health facilities lies at the very basis of any initiative.

Starting from this assumption, this report purposes to describe the activity carried out in recent years by Consip, focusing in particular on those operations accomplished in the health sector, meaning a sector that reported the greatest spending increase and that, therefore, requires special attention.

After a review of the normative context that allowed the development of the Program for rationalizing the spending for goods and services of the Ministry of Economy and Finance, the report describes the major services offered by Consip, particularly to the undertakings of the National Health Service (SSN), highlighting its activities (improving the procurement processes of the health and hospital undertakings, improving the quality of the goods and services being purchased, allowing the administrations to save in their spending, increasing the recourse to the new telematic purchasing procedures) and the main results attained in 2003. The saving resulting from the goods and services procurement process permits to recover resources to be appropriated for others functions and investments, with a consequent value spillover for the entire community. The

[1] *Charge of Health Market - Consip SpA*

[2] *Consip SpA*

tore in cui maggiore è stato l'aumento della spesa e che, quindi, richiede particolare attenzione.
Dopo un *excursus* del contesto normativo in cui si è sviluppato il Programma, il presente contributo descrive i principali servizi offerti, in particolare per le aziende del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), mettendo in evidenza le attività e i principali risultati ottenuti nel corso del 2003.

10.2 Il contesto normativo e sue evoluzioni

Per comprendere appieno il contesto nel quale si sviluppa il Programma, occorre ripercorrere i contenuti delle ultime finanziarie, partendo dal già citato art. 26 della Legge Finanziaria 2000. In particolare le varie leggi che si sono succedute fino alla finanziaria del 2003, hanno progressivamente ridotto l'autonomia decisionale delle Amministrazioni di scegliere se aderire o meno alle Convenzioni quadro.
Con il varo del Programma, le Amministrazioni dello Stato erano tenute ad approvvigionarsi attraverso le Convenzioni stipulate, mentre le restanti Pubbliche Amministrazioni (incluse quelle appartenenti al SSN) avevano facoltà di aderire. La Legge Finanziaria 2001[4] con l'art. 59 disponeva, per le Amministrazioni non obbligate all'adesione alle Convenzioni stipulate da Consip (quindi anche le aziende sanitarie e ospedaliere), di dover motivare i loro provvedimenti nel caso procedessero all'acquisto di beni e servizi a condizioni e prezzi meno vantaggiosi di quelli stabiliti nelle Convenzioni.
L'art. 24 della Legge Finanziaria 2002[5] stabiliva che, qualora le Amministrazioni non obbligate avessero proceduto ad acquisti in maniera autonoma, queste erano tenute a considerare i prezzi in convenzione come base d'asta al ribasso. In particolare per il settore sanitario l'art. 2, comma 1, della L. 405/2001, stabiliva che "le Regioni adottano le iniziative e le disposizioni necessarie affinché le aziende sanitarie e ospedaliere, nell'acquisto di beni e servizi, aderiscano alle convenzioni", prevedendo "con legge le sanzioni da applicare nei confronti degli amministratori che non si adeguino".
Con la Legge Finanziaria 2003[6] si ribadiva l'obbligatorietà di far ricorso alle Convenzioni Consip per tutte le Amministrazioni

Consip activities generate various types of savings:

- *Direct economic saving made by the Administrations that have recourse to the convention system to meet their goods and instrumental services requirements;*
- *Indirect saving by which the Administrations profit when, although having no direct recourse to conventions, they purchase goods and services at a reduced price in consequence of the application of the price/quality parameters resulting from the Consip negotiations in the process for awarding tenders for contracts (the so-called benchmark effect);*
- *P.A. savings induced by the function carried out by Consip within the context of the Rationalization Program as a contracting station[3];*
- *Savings for the Administrations induced by the overall decrease in litigations and costs. In fact, out of 141 judicial acts (appeals to the Regional Administrative Court (TAR), to the State Council, to the President of the Republic, to the Civil Court, etc.) notified to Consip from 2000 to the end of 2003, only three of them have seen Consip as the unsuccessful party.*

Nowadays, it is perhaps premature to affirm

[4] *Legge 23 dicembre 2000, n. 388.*
[5] *Legge 28 dicembre 2001, n. 448.*
[6] *Legge 27 dicembre 2002, n. 289.*

[3] *In fact, estimating the cost borne by Consip for tenders called and awarded in 2003 at nearly 12,500,000 Euro, and the cost of an average-size tender awarded by the P.A. at nearly 50,000 Euro, it results that, in the face of a number of tenders to be called during the year in the absence of conventions ranging from 3125 (one every eight ordering points) to 6250 (one every 4 ordering points), the P.A. should have borne a yearly cost ranging approximately from 150 to 310 million Euro. Hence, the Consip activity allowed a virtual saving in excess of 90 per cent.*

dello Stato e l'obbligo per gli enti decentrati di spesa di utilizzare i prezzi delle Convenzioni come base d'asta al ribasso per gli acquisti autonomi, con trasmissione degli atti relativi ai competenti organi di revisione amministrativa. Ulteriori novità contenute nell'art. 24 della suddetta finanziaria erano le seguenti:

- obbligo di ricorrere a procedure aperte o ristrette "con le modalità previste dalla disciplina nazionale di recepimento dalla normativa comunitaria", per l'acquisto di beni e servizi, con valore superiore a Euro 50.000. L'obbligo poteva venir meno solo in caso di adesione alle Convenzioni Consip oppure nel caso di utilizzo del Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione, così come previsto dal D.P.R. n.101/2002;
- regole più restrittive per poter ricorrere alla trattativa privata, dovendo obbligatoriamente effettuare un'accurata indagine di mercato ed una specifica comunicazione alla Corte dei Conti;
- la stipula dei contratti in violazione delle suddette norme era considerata nulla, con responsabilità amministrativa personale del dipendente che aveva sottoscritto il contratto, passibile di danno erariale.

L'articolo 24 della Legge Finanziaria 2003 è stato dapprima oggetto di modifiche ad opera della L. 212/2003, con il risultato di consentire maggiore flessibilità di scelta alle Amministrazioni ed una più puntuale definizione dell'ambito di applicabilità.

Il D.L. 269/2003 ha successivamente abrogato i primi due commi del suddetto articolo 24, ovvero le disposizioni che prevedevano l'obbligo di esperire gare comunitarie per appalti con valore superiore a 50.000 Euro.

La nuova Legge Finanziaria 2004[7], modificando le disposizioni contenute nelle ultime quattro Leggi Finanziarie, da un lato ha complessivamente ridefinito l'ambito di applicabilità soggettivo ed oggettivo del sistema e dall'altro ha rafforzato il ruolo di supporto e consulenza di Consip a favore delle Pubbliche Amministrazioni.

In particolare (ai sensi del nuovo testo dell'art. 26 – Legge Finanziaria 2000 – e dell'art. 59 – Legge Finanziaria 2001), le Pubbliche Amministrazioni hanno la facoltà di aderire alle Convenzioni quadro stipulate da Consip aventi ad oggetto beni e servizi con rilevanza nazionale; nel caso di acquisto autono-

that the saving and quality challenge has been won; in fact, the Program is still in a development phase and it was only in 2003 that Consip started stipulating the first few conventions on categories of expenditure relating specifically to health. However, the results attained up to now permit to hope for the best, particularly in terms of saving, streamlining of procedures and greater efficiency.

Notwithstanding a number of difficulties linked to the numerousness of the Administrations involved, Consip has turned into an important reference parameter for the Administrations in terms of price and quality of purchases. This fact is also witnessed by the extensive network of relations that have been established with the health authorities and with spontaneous aggregations of the latter. In any event, the relation existing between Consip and the SSN undertakings does not get to a stop with the finalization of the demand analysis, as it lasts in all the subsequent phases, both prior to the activation of a new service, through communication activities, and while the new service is operational, through activities supporting the Administration and monitoring the satisfaction level.

This network has allowed the stipulation of Memoranda of Understanding and the startup of a number of local cooperative initiatives with the Regions, even with a view to experimenting innovative procurement handling arrangements. There is also positive evidence of the various contacts throughout the territory with the personnel of the health undertakings.

[7] *Legge 24 dicembre 2003, n. 350.*

mo di beni e servizi comparabili con quelli oggetto di convenzionamento, le Pubbliche Amministrazioni utilizzano i parametri di qualità e prezzo delle Convenzioni e devono motivare l'eventuale conclusione di contratti a prezzi e a condizioni meno vantaggiosi di quelli stabiliti dalle Convenzioni stesse. Sarà pertanto cura dei responsabili dei centri di spesa valutare la convenienza tecnica ed economica delle Convenzioni stipulate da Consip, al fine di acquistare beni o servizi comparabili con quelli oggetto di convenzionamento. Resta infatti inteso che, pure a seguito delle modifiche apportate dalla Legge Finanziaria 2004, l'operato delle Pubbliche Amministrazioni è vincolato ai canoni di efficienza, efficacia ed economicità ed è sottoposto al vaglio della Corte dei Conti nel caso di responsabilità amministrativa per danno erariale.

Ruolo e missione di Consip

Con il Decreto del Ministro del 24 febbraio 2000 il Ministero dell'Economia e delle Finanze ha affidato alla Consip S.p.A. (Concessionaria Servizi Informatici Pubblici) lo sviluppo e la gestione operativa del Programma di razionalizzazione della spesa per beni e servizi della P.A. L'obiettivo principale di tale iniziativa era quello di creare un centro di competenze, con elevata efficienza e flessibilità, che operasse per l'ottimizzazione degli acquisti e fosse in grado di veicolare beni e servizi verso la Pubblica Amministrazione alle migliori condizioni di mercato. Gli obiettivi principali del programma sono la semplificazione dei processi di acquisto facendo ricorso a tecnologie informatiche innovative, nel rispetto dei principi di trasparenza e di concorrenza, e il contenimento della spesa per gli approvvigionamenti della Pubblica Amministrazione (attraverso strategie di acquisto innovative e l'aggregazione della domanda).
Consip è attualmente una società per azioni di diritto privato, il cui unico azionista è il Ministero dell'Economia e delle Finanze, che opera ad esclusivo interesse dello Stato, gestendo servizi e progetti a valore aggiunto – consulenziali, tecnologici, di *project management* – per il medesimo Ministero e per altre strutture della Pubblica Amministrazione (Amministrazioni centrali, locali, Sanità, Università e ricerca).
I compiti principali affidati a Consip, sin dalla sua istituzione, riguardano:

- supporto al rinnovamento di processi organizzativi del Ministero dell'Economia e delle Finanze, attraverso l'utilizzo di tecnologie informatiche e l'assistenza alle Pubbliche Amministrazioni nella razionalizzazione degli acquisti, mediante interventi di consulenza;
- la stipula di convenzioni e implementazione di strumenti telematici come il Portale acquisti in rete Pubblica Amministrazione, il Mercato Elettronico e le gare telematiche.

Le aggregazioni di enti, delle quali Consip promuove la formazione, ai sensi dell'art. 59, Legge Finanziaria 2001, hanno la finalità di realizzare l'acquisizione, specificamente, di beni e servizi a rilevanza regionale alle migliori condizioni di mercato da parte degli enti decentrati di spesa, elaborando strategie comuni di acquisto attraverso la standardizzazione degli ordini di acquisto per specie merceologiche e l'eventuale stipula di Convenzioni valevoli su parte del territorio nazionale a cui volontariamente possono aderire tutti gli enti interessati. Per effettuare acquisti di beni e servizi di valore inferiore alla soglia comunitaria si può utilizzare il Mercato Elettronico della PA (vedi paragrafo 10.3.2),

nel quale è possibile scegliere tra un'ampia gamma di prodotti offerti dai fornitori abilitati per l'effettuazione di acquisti diretti e di richieste di offerta.
Inoltre, in base alla norma transitoria di cui all'art. 3, comma 171, Legge Finanziaria 2004[8] il regime di adesione facoltativa alle convenzioni Consip si applica anche alle convenzioni stipulate antecedentemente all'entrata in vigore della Legge Finanziaria. Ciò significa che le Pubbliche Amministrazioni, precedentemente obbligate ad acquistare tramite il sistema Consip, possono non inviare nuovi ed ulteriori ordinativi di fornitura riguardo a tutte le Convenzioni Consip in corso di validità.
La Legge Finanziaria 2004 ha poi ridefinito il ruolo di Consip quale struttura istituzionalmente dedicata alla consulenza, alla progettazione e alla realizzazione di iniziative dirette al conseguimento di risparmi della spesa pubblica e di ottimizzazione dell'utilizzo delle relative risorse[9].
Alla luce delle novità introdotte dalla Legge Finanziaria 2004, la disciplina delle procedure per l'acquisto di beni e servizi da parte delle Pubbliche Amministrazioni (incluse le aziende del SSN) può essere sintetizzata come segue:

1) per gli acquisti di beni e servizi a rilevanza nazionale, a prescindere dall'importo degli stessi, i responsabili dei centri di spesa, valutati i parametri di qualità e prezzo delle Convenzioni Consip eventualmente presenti per l'acquisto del bene o servizio richiesto, procederanno all'adesione alla Convenzione Consip considerata, ovvero all'acquisto in via autonoma. In tale ultimo caso, dovrà darsi espressa motivazione dell'eventuale acquisto a prezzi e a condizioni meno vantaggiosi di quelli stabiliti dalle Convenzioni Consip;
2) per gli acquisti di beni e servizi di importo inferiore alla soglia comunitaria, è possibile fare ricorso anche al Mercato Elettronico della P.A., attivato da Consip, ferma restando la possibilità di ricorrere alle consuete procedure delle spese in economia.

10.3 I servizi offerti da Consip per il SSN

La Direzione Acquisti in Rete della P.A. (DARPA) è la direzione nell'ambito della struttura organizzativa di Consip che ha il compito di sviluppare il Programma di razionalizzazione della spesa.
La DARPA ha costituito un gruppo di lavoro dedicato al settore della Sanità. Tale gruppo ormai da diverso tempo lavora per sviluppare servizi e soluzioni specifiche per il SSN atte a:

- migliorare i processi di approvvigionamento delle aziende sanitarie ed ospedaliere;
- migliorare la qualità dei beni e servizi acquistati;

[8] *Ai sensi della quale a decorrere dal 1 gennaio 2004 "le Amministrazioni Pubbliche possono decidere se continuare ad utilizzare o meno le Convenzioni precedentemente stipulate dalla Consip S.p.A.*

[9] *Art. 3, comma 172) che, "al fine di razionalizzare la spesa pubblica e favorire il rispetto del patto di stabilità interno, la Consip S.p.A., attraverso proprie articolazioni territoriali sul territorio, può fornire su specifica richiesta supporto e consulenza per le esigenze di approvvigionamento di beni e servizi da parte di enti locali o loro consorzi assicurando la partecipazione anche alle piccole e medie imprese locali nel rispetto dei principi di concorrenza.*

• consentire alle amministrazioni di conseguire risparmi di spesa;
• diffondere l'utilizzo delle nuove procedure telematiche di acquisto.

Sulla base di questi obiettivi strategici, è stato ritenuto fondamentale il coinvolgimento delle strutture sanitarie, al fine di avviare ogni iniziativa in regime di piena collaborazione. Un ruolo chiave nel processo è l'attività di analisi della domanda, finalizzata a recepire i bisogni, le esigenze e le aspettative delle aziende sanitarie, garantendo una chiara visione del grado di fattibilità di un'iniziativa.

La relazione tra Consip e le aziende del SSN non si esaurisce però con il lavoro di analisi della domanda, ma perdura stabilmente in tutte le fasi successive, sia prima dell'attivazione di un nuovo servizio, tramite attività di comunicazione, sia durante la fruizione del nuovo servizio, tramite attività di supporto all'Amministrazione e monitoraggio del livello di soddisfazione.

Rispetto alle attività di comunicazione, le aziende sanitarie hanno a disposizione sia strumenti e canali informativi di carattere generale (il sito www.acquistinretepa.it, il magazine, le newsletter, gli incontri di comunicazione, gli eventi istituzionali), sia strumenti dedicati (la sezione sanità del sito, l'organizzazione di eventi, convegni e *workshop* specifici per la sanità, la pubblicazione di articoli su riviste di settore, corsi di formazione, referenti territoriali).

In particolare i referenti territoriali (*account*) svolgono attività di informazione e promozione delle nuove iniziative, garantendo il supporto operativo cui si accennava precedentemente. La rete di *account* conta al suo interno di professionalità esperte del mercato in grado di operare come *problem solver* per i responsabili dei processi di approvvigionamento, di mantenere e sviluppare le relazioni con gli assessorati regionali alla sanità, di favorire lo scambio e la valorizzazione delle esperienze di successo tra le Regioni e tra le aziende del SSN. Tutto questo consente di porre in essere azioni correttive in un'ottica di miglioramento continuo.

Il 2003 è stato il primo anno in cui si sono raccolti i frutti del lavoro di studio e analisi svolto in precedenza e sono stati quindi attivati i primi servizi specifici per il comparto sanità che, qui di seguito, vengono presentati all'interno delle grandi aree d'intervento di Consip in tema di razionalizzazione della spesa pubblica: Convenzioni nazionali, *e-procurement* (Mercato Elettronico della PA) e progetti verticali.

10.3.1 Le Convenzioni per beni e servizi di spesa specifica sanitaria

La prima Convenzione su una categoria merceologica di spesa specifica sanitaria ad essere attivata è stata quella relativa alle ambulanze, nel giugno del 2003. Oggetto dell'iniziativa era la fornitura di 350 automezzi, con alcuni servizi base integrati (es. l'assistenza in garanzia per 24 mesi) e altri servizi opzionali a pagamento (dispositivi sui veicoli, allestimenti e attrezzature, servizi di manutenzione). Il numero di 350 ambulanze, suddiviso in lotti geografici, è stato definito in base all'analisi della domanda svolta, identificando inoltre caratteristiche tali da rendere le ambulanze utilizzabili soprattutto per funzioni di soccorso base e di soccorso avanzato, offrendo al contempo un'ampia flessibilità per la personalizzazione. Le strutture sanitarie, oltre a vantaggi economici, hanno ottenuto vantaggi gestionali avvalendosi di un unico interlocutore per le diverse componenti

dell'ambulanza (mezzo meccanico, allestimento e attrezzature sanitarie).
La seconda Convenzione sanitaria è stata relativa alla categoria ecotomografi, fornitura e servizi connessi, suddivisa in 3 lotti ad aggiudicazione separata, in funzione della complessità dell'apparecchiatura. L'iniziativa ha avuto lo scopo di accelerare il processo di ammodernamento delle attrezzature sanitarie delle Pubbliche Amministrazioni partendo dal segmento degli ecotomografi, uno dei più significativi, cercando di assicurare elevati livelli qualitativi e di ottenere risparmi sui prezzi medi attualmente pagati dalle strutture sanitarie pubbliche. Come molte delle Convenzioni Consip, un aspetto importante dell'iniziativa è stato costituito dalla modularità, ossia la possibilità, per le aziende, di configurarsi il prodotto in base alle proprie specifiche esigenze tramite la disponibilità di una serie di dispositivi opzionali.
Oltre a queste due iniziative attivate, sempre nel corso del 2003 è stata completata la fase di studio per il lancio di altre Convenzioni sanitarie; significativa quella relativa ai farmaci (di cui i primi lotti sono stati attivati nel mese di aprile 2004), sia per l'ampiezza della gamma prodotti (quasi 3000 lotti suddivisi per principio attivo, forma farmaceutica e dosaggio) sia per l'incidenza sulla spesa.
È bene sottolineare però che le strutture sanitarie possono avvalersi delle convenzioni Consip anche per l'acquisto di tutti gli altri beni e servizi di spesa generica, dall'informatica alle telecomunicazioni, dalle derrate alimentari al carburante, per citare solo alcune delle convenzioni attive nel 2003 il cui elenco viene integralmente riportato nella Tabella 1.
Un ulteriore strumento messo a disposizione delle amministrazioni, per categorie merceologiche di particolare complessità, è il kit di gara, una documentazione completa per lo svolgimento della gara stessa standardizzata, che la singola azienda può utilizzare eventualmente personalizzandola in base alle proprie esigenze.

10.3.2 I nuovi strumenti di *e-procurement* (il Mercato Elettronico della P.A. e le gare telematiche)

L'adozione di nuove tecnologie nell'ambito delle attività di *procurement* offre alle funzioni acquisti la possibilità di riorganizzare i processi interni per il perseguimento di migliori livelli di efficacia e di trasparenza amministrativa. Non a caso la nuova direttiva europea relativa al coordinamento delle procedure di aggiudicazione degli appalti pubblici di lavori, di forniture e di servizi[10], pone notevole enfasi sull'adozione dei nuovi strumenti telematici di *e-procurement* e allo sviluppo di sistemi di certificazione dei soggetti contraenti (firma digitale). Queste specifiche tematiche sono già da tempo oggetto di particolare impegno da parte di Consip. Su incarico del MEF e del Dipartimento per l'Innovazione e le Tecnologie (DIT) della Presidenza del Consiglio dei Ministri (PCM), Consip ha realizzato il primo Mercato Elettronico della P.A.
Il Mercato Elettronico della P.A. è un mercato virtuale telematico, accessibile attraverso Internet, dove i compratori (esclusivamente Pubbliche Amministrazioni) possono effet-

[10] *Direttiva 2004/18/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 31 marzo 2004*

Tabella 1 - Elenco delle convenzioni attive nel 2003

Ambulanze	Energia Elettrica	Stampanti III gara
Arredi didattici e per ufficio	Fax II gara	Software gestione documentale
Autobus	Fotocopiatrici III gara	Software produttività Microsoft III gara
Autovetture II gara	Fotocopiatrici IV gara	Software produttività Microsoft IV gara
Biodiesel da riscaldamento	Fotocopiatrici V gara	Software produttività Sun II gara
Buoni pasto I gara	Fotocopiatrici VI gara	Telefonia fissa e connettività IP
Buoni Pasto tutti i tagli	Gas naturale	Telefonia mobile II gara
Carburanti extrarete	Gasolio da riscaldamento	Videocomunicazione
Carburanti rete	Global Service Ufficio	Videoproiettori fascia alta
Carburanti rete-buoni acquisto	Lubrificanti autotrazione	Videoproiettori fascia bassa
Carburanti rete - *fuel card*	Olio combustibile da riscaldamento	
Carta in risme	PC desktop III gara	
Centrali telefoniche II gara	PC desktop IV gara	
Derrate alimentari	PC portatili III gara	
Ecotomografi	Reti locali	

tuare acquisti di beni e servizi di valore inferiore alla soglia comunitaria, selezionandoli da cataloghi esposti da una pluralità di fornitori abilitati[11]. Una volta registrati, gli utenti possono ricercare i prodotti di interesse e confrontare le diverse caratteristiche e condizioni di fornitura dei prodotti presenti nei cataloghi. L'acquisto può essere effettuato in modo diretto o essere preceduto da una richiesta di offerta.

Per supportare lo sviluppo di questo nuovo strumento di *e-procurement* Consip è costantemente impegnata in attività di formazione/informazione sia per le Pubbliche Amministrazioni, sia per le imprese, con particolare attenzione alle PMI. Nel corso degli ultimi mesi Consip, anche in collaborazione con i vari Assessorati regionali, ha effettuato sessioni di formazione su tutto il territorio nazionale formando oltre 600 operatori del SSN.

Per consentire il popolamento dell'offerta sul Mercato Elettronico sono stati pubblicati, nel corso del 2003, sette bandi di abilitazione, riportati di seguito, che affrontano merceologie sia di spesa comune a tutte le Pubbliche Amministrazioni sia di spesa specifica di comparto:

- piccole apparecchiature da laboratorio (attrezzature per laboratori di ricerca universitari e sanitari);
- dispositivi per cateterismo venoso e arterioso (tubi, rubinetti, raccordi ecc.);

[11] *Per accedere al Mercato Elettronico, e quindi interagire con il vasto numero di fornitori presente sullo stesso, è necessario che i responsabili dei centri di spesa siano in possesso della firma digitale e che siano registrati al sistema attraverso il portale www.acquistinretepa.it.*

- materiale elettrico (lampade, prese, spine, trasformatori, ecc.);
- prodotti HW e SW e accessori informatici (SW applicativo e d'ufficio, pc portatili superleggeri, masterizzatori, schede di rete ecc.);
- prodotti e materiali di consumo per l'ufficio (piccole stampanti, scanner, videocamere digitali, ecc.);
- ausili IT per disabili (HW e SW di supporto per il lavoro e la didattica);
- dispositivi di protezione individuale (guanti e calzature da lavoro, sistemi di protezione per occhi, orecchie, ecc.).

A fine 2003 erano circa 12.000 gli articoli presenti a catalogo e circa 60 fornitori abilitati. In particolare erano 11 i fornitori abilitati per la categoria piccole apparecchiature da laboratorio (per un totale di quasi 1.370 articoli tra bilance, centrifughe, pompe, piastre elettriche, ecc.) e 5 i fornitori abilitati per i dispositivi per cateterismo venoso e arterioso (circa 700 articoli).
Il piano 2004, oltre all'estensione delle tipologie di prodotto delle categorie merceologiche già presenti, prevede l'ulteriore inserimento di beni relativi alle seguenti categorie:

- strumentario chirurgico;
- strumentario medico di base;
- vetreria e monouso;
- materiale igienico sanitario;
- arredi e complementi di arredo;
- segnaletica sicurezza;
- segnaletica ambienti e uffici;
- cancelleria;
- stampati;
- peritelefonia (accessori per la telefonia);
- reti telematiche.

Gli obiettivi del 2004, relativi al Mercato Elettronico, prevedono di raggiungere 1.200 transazioni sul sistema effettuate da 1.700 Amministrazioni registrate (Punti Ordinanti).
I vantaggi indotti dall'utilizzo di questi strumenti risiedono fondamentalmente in un indiscusso aumento della trasparenza del processo di acquisto e della sua semplificazione, in quanto le procedure telematiche consentono di effettuare indagini di mercato, comparazione di offerte e attività di selezione dei beni/fornitori in modo estremamente rapido.
Oltre al Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione, il MEF, tramite Consip, ha realizzato una piattaforma tecnologica per supportare lo svolgimento di gare telematiche. Dopo la prima sperimentazione di gara europea (per la fornitura di videoproiettori) condotta per via telematica ed effettuata alla fine del 2002, nel corso del 2003 è stato utilizzato lo strumento per la realizzazione di Convenzioni su categorie merceologiche più idonee. In particolare, sono stati pubblicati i bandi di abilitazione relativi alle categorie merceologiche fotocopiatori, apparecchiature multifunzione stampa-copia, videoproiettori, stampanti, fax e scanner, con lo scopo di realizzare, nel periodo 2003-2004, la procedura telematica per aggiudicare le convenzioni relative a queste tipologie di prodotti. La risposta dei fornitori a questa nuova tipologia di bando, che prevede la completa smaterializzazione della documentazione e l'utilizzo della firma digitale quale strumento di sot-

toscrizione, è stata incoraggiante: 29 imprese hanno richiesto e ottenuto l'abilitazione a partecipare alle gare telematiche. Sono state esperite due nuove gare per la fornitura di videoproiettori (fascia alta e bassa), riscontrando un significativo apprezzamento da parte dei fornitori partecipanti per la semplificazione e l'aumento di efficienza ottenute con il procedimento telematico. Le competenze merceologiche, legali e tecniche maturate nello sviluppo delle gare telematiche per le Convenzioni sono state rese disponibili per le prime Amministrazioni interessate a sperimentare la nuova procedura di acquisto, realizzando i già citati progetti di gara telematica per l'Agenzia delle Entrate e l'*Alma Mater Studiorum* Università di Bologna. In particolare, l'Agenzia delle Entrate ha effettuato la prima gara telematica europea per una fornitura di stampa e distribuzione di prodotti tipografici, per un importo a base d'asta di 700 mila Euro. Il modello di gara utilizzato è stato quella dell'aggiudicazione al prezzo più basso mediante *round* multipli, cioè a più fasi di negoziazione. Tale sistema consente ai fornitori di presentare la loro migliore offerta, confrontandola – in modo anonimo – con quella degli altri partecipanti. Al termine delle contrattazioni il raggruppamento di imprese che si è aggiudicato la fornitura ha praticato un ribasso di oltre il 41,0% rispetto alla base d'asta, consentendo all'Agenzia di realizzare un risparmio totale di circa 290 mila euro. Nel caso dell'Università di Bologna è stata espletata una gara telematica, con il modello dell'offerta economicamente più vantaggiosa, per la fornitura di 240 *Personal Computers* destinati ad attrezzare le nuove aule didattiche dell'Ateneo. Alla negoziazione *on-line*, sono stati abilitati 17 fornitori, 16 dei quali hanno presentato le proprie offerte (prezzo e caratteristiche qualitative) tramite la piattaforma telematica nel corso di sette *round* di gara. Il ribasso ottenuto è stato pari a circa il 50,0% dell'importo a base d'asta.

10.3.3 I progetti verticali

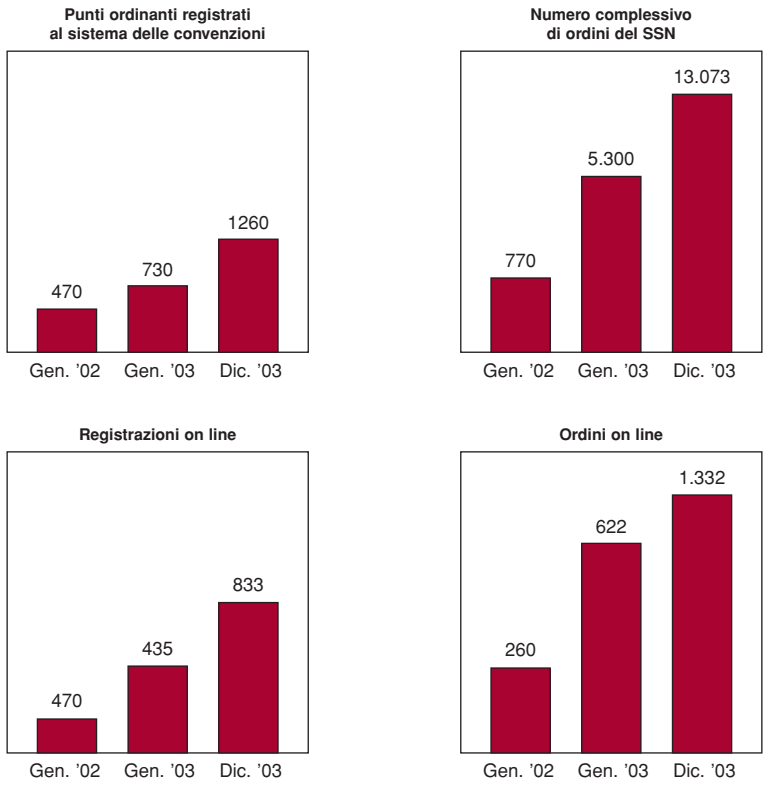
Come terza linea d'intervento perseguita da Consip c'è l'attività di consulenza a supporto delle Regioni e delle aziende sanitarie per la realizzazione di progetti verticali, intendendo con tale accezione progetti specifici finalizzati alla sperimentazione di modalità innovative di gestione degli approvvigionamenti.

In tale ambito Consip ricopre generalmente il ruolo di *partner* strategico dell'iniziativa e si fa carico di una serie di attività, dal *project management* fino agli aspetti più prettamente operativi. L'obiettivo è di realizzare delle *best practice* che possano essere replicate in altri contesti territoriali, comportando una condivisione di esperienze per favorire l'innovazione.

Di particolare interesse in ambito sanitario sono i progetti che hanno come obiettivo la riorganizzazione della logistica per quanto riguarda la distribuzione dei farmaci e dei presidi medico chirurgici all'interno delle strutture ospedaliere.

Un'altra area individuata su cui sono state avviate le primi analisi di fattibilità su specifiche categorie sanitarie è quella della gestione della domanda. Evidentemente la razionalizzazione della spesa non può esclusivamente avvenire attraverso il contenimento dei prezzi unitari di acquisto. È necessario altresì avere degli strumenti atti a controllare l'andamento dei consumi, ovvero monitorare l'altro fattore determinante costituito dalle quantità consumate. I progetti di gestione della domanda hanno lo scopo di costruire

Figura 1 - Adesione del SSN al Sistema delle Convenzioni



Fonte: banca dati Consip

degli *standard* di consumo delle P.A. per categoria merceologica, in relazione a determinate variabili strutturali, consentendo di ottenere dei *benchmark* di riferimento. L'obiettivo è di fornire questi *standard* alle Amministrazioni, in modo da permettere la comparazione dei dati di consumo effettivo rispetto allo *standard* e di individuare le necessarie misure correttive.

10.4 Attività e risultati 2003 in ambito sanitario

Il grado di successo delle iniziative e delle attività svolte in ambito sanitario è in ultima analisi misurato dai livelli di utilizzo dei servizi offerti, i cui risultati di seguito presentati possono considerarsi senz'altro apprezzabili.

Dall'osservazione della Figura 1 si può rilevare il livello di adesione al Programma da parte delle strutture sanitarie a fine 2003. La quasi totalità di queste alla data era registrato al sistema delle Convenzioni ed aveva effettuato almeno un ordine sulle convenzioni attive. Il numero complessivo di ordini, fine 2003, è stato pari a 13.073. Su un totale di 1.260 punti ordinanti, ben 833 di questi erano registrati nella modalità definita *on-line*, la quale consente, per le convenzioni su cui vengono attivati i cosiddetti "negozi elettronici" l'ef-

fettuazione di ordinativi di acquisto con procedure telematiche.
Relativamente al mercato elettronico della P.A., a fine 2003, risultavano oltre 100 le aziende registrate appartenenti al SSN. Nel corso di questi primi mesi del 2004, con l'avvio della fase a regime del mercato elettronico, sono state effettuate le prime transazioni telematiche per l'acquisto di articoli presenti nei cataloghi elettronici (oltre 50 aziende del SSN hanno effettuato almeno una transazione).
Di particolare rilievo sono le attività svolte in collaborazione con gli Assessorati e le Agenzie Regionali alla Sanità delle varie Regioni. Nel corso del 2003 sono stati siglati e rinnovati protocolli d'intesa (Regione Lazio, Regione Lombardia, Ares Puglia) per attività congiunte in tema di acquisti (supporto a gare aggregate a livello territoriale, supporto allo sviluppo di piattaforme regionali di *e-procurement*, supporto allo sviluppo degli osservatori prezzi). Non sempre l'aggregazione della domanda a livello centrale tramite stipula di una convenzione nazionale è lo strumento più idoneo per affrontare una determinata categoria merceologica, anche in base agli assetti concorrenziali del mercato di fornitura. In tali casi un'aggregazione di rilievo regionale o di area vasta (gruppi di aziende appartenenti allo stesso ambito geografico), può risultare il percorso più efficace. Anche in tali casi Consip ha svolto un ruolo importante fornendo supporto e consulenza per la stesura dei bandi di gara. Nel corso del 2003 simili collaborazioni hanno portato allo svolgimento e all'assegnazione di gare territoriali da parte della Regione Puglia (gara aghi e siringhe), della Regione Lombardia (gare guanti e materiali di medicazione) e della Regione Piemonte (gare guanti e TNT[12]).
Per quanto riguarda i progetti verticali, quelli più significativi condotti nel corso del 2003 sono stati:

- riorganizzazione dei processi di logistica del farmaco per le strutture sanitarie dell'area metropolitana di Bologna;
- supporto alla realizzazione della piattaforma di mercato elettronico in ambito sanitario della Regione Marche.

Nel primo Consip ha supportato la Centrale Interaziendale Approvvigionamenti (CIA) di Bologna a svolgere le attività di *assessment*, a definire la strategia progettuale, a sviluppare il bando di gara per l'affidamento ad un *outsourcer* della gestione del processo di logistica del farmaco. I servizi comprendono la creazione di un magazzino unico centralizzato e la gestione degli approvvigionamenti, delle scorte e della distribuzione del farmaco fino al reparto.
Relativamente al progetto piattaforma regionale di *e-procurement* (Regione Marche), la Consip ha garantito la presenza di sue risorse all'interno del *team* di progetto con il compito di svolgere le attività di *project management*, di esprimere valutazioni e suggerimenti in merito alle strategie di progetto, alle scelte tecnologiche, al disegno dei processi. Questo approccio consentirà alla Regione Marche di realizzare una piattaforma interoperabile con quella di Consip, in modo che i due mercati elettronici risultino complementari e integrati facilitando l'operatività degli utilizzatori finali (aziende sanitarie e fornitori).

[12] *TNT- Tessuto Non Tessuto, materiale monouso.*

L'analisi degli ultimi dati ISTAT relativi al "Conto Economico consolidato delle Amministrazioni Pubbliche" fa rilevare, nel quadriennio 2000-2003, un continuo aumento della spesa per acquisti di beni e servizi della P.A. (c.d. consumi intermedi), seppur mitigato nell'anno 2002 per effetto delle misure adottate ai sensi della Legge 246/2002 (conversione del D.L. 194/2002, recante misure urgenti per il controllo, la trasparenza ed il contenimento della spesa pubblica). In particolare, la spesa per l'anno 2003 fa osservare un evidente incremento (+8,8% rispetto al 2002, pari a 5.611 milioni di euro), probabilmente anche a seguito del mutato contesto giuridico-normativo del Programma intervenuto in corso d'anno, con un conseguente aumento anche dell'indebitamento netto in termini di PIL, che si assesta per l'anno 2003 a -2,4%.
Evidentemente il Programma di razionalizzazione della spesa ha necessariamente anche l'obiettivo di realizzare risparmi economici reali a favore delle amministrazioni. Il risparmio ottenuto nel processo di acquisizione di beni e servizi consente di recuperare risorse da destinare ad altre funzioni e investimenti, con conseguente ricaduta di valore per l'intera collettività. Le attività di Consip generano diverse tipologie di risparmi:

- il risparmio economico diretto realizzato dalle Amministrazioni che si avvalgono del sistema convenzioni per coprire il proprio fabbisogno di beni e servizi strumentali;
- il risparmio indiretto di cui le Amministrazioni beneficiano nel momento in cui, pur non utilizzando direttamente le convenzioni, acquistano beni e servizi ad un prezzo ridotto, a causa dell'effetto dell'applicazione dei parametri prezzo/qualità derivanti dalle negoziazioni Consip nel processo di aggiudicazione delle gare per convenzioni (cosiddetto effetto *benchmark*);
- i risparmi per le P.A. indotti dalla funzione di stazione appaltante svolta da Consip nell'ambito del Programma di razionalizzazione[13];
- i risparmi indotti dalla diminuzione globale dei contenziosi per le Amministrazioni e nei risparmi sulle spese legali. Infatti sui 141 atti giudiziali (ricorsi al TAR, al consiglio di Stato, al Presidente della Repubblica, Tribunale civile, ecc.) notificati alla Consip dal 2000 alla fine del 2003, solo 3 di questi hanno visto Consip soccombente.

Dall'avvio del Programma fino al 31 dicembre 2003, sono state attivate complessivamente 79 iniziative, di cui 61 convenzioni nazionali su 35 principali categorie merceologiche, 7 iniziative di Mercato Elettronico riferite ad altrettanti ambiti merceologici e 11 locali. Il complesso di tali iniziative ha permesso di far riferimento, nel solo 2003, ad un volume di spesa complessivo ("spesa affrontata" annua) pari a 15.036 milioni di euro (4.393 per il SSN), generando un risparmio potenziale medio (sia diretto che indiretto) del 21,0%, pari a circa 3.196 milioni di euro. In tale contesto per "spesa affrontata" si intende la spesa complessiva sostenuta dalle Amministrazioni Pubbliche per gli acquisti di beni e

[13] *Stimando infatti in circa 12.500.000 euro il costo sostenuto da Consip a fronte delle gare istruite ed aggiudicate nel 2003 ed in circa 50.000 euro il costo di una gara di medie dimensioni aggiudicata dalla P.A. si ottiene che, a fronte di un numero potenziale di gare da effettuare nell'anno in assenza di convenzioni che può andare da 3.125 (una ogni 8 punti ordinanti) a 6.250 (una ogni 4 punti ordinanti), la P.A. avrebbe dovuto sostenere un costo annuo oscillante tra circa 150 ed i 310 milioni di euro. L'attività di Consip ha consentito dunque un risparmio virtuale superiore al 90,0%.*

Tabella 2 - Valore della spesa affrontata dal SSN (valori espressi in milioni di Euro)

Categorie merceologiche	Spesa affrontata in sanità	% riduzione costo medio unitario P.A.
Ambulanze	77	19%
Autovetture	16	15%
Biodiesel da riscaldamento	2	20%
Buoni carburante	2	11%
Buoni pasto	182	20%
Cancelleria	75	15%
Carburanti extra rete	5	30%
Carta	34	10%
Centrali telefoniche fascia alta	38	30%
Centrali telefoniche fascia bassa	20	63%
Centrali telefoniche fascia alta media	18	48%
Derrate alimentary	180	13%
Ecotomografi	93	60%
Energia elettrica (<0,1 Gwh)	55	13%
Energia elettrica (>1 Gwh)	145	11%
Farmaci	2.852	4%
Fax	4	44%
Fotocopiatori	42	29%
Fuel cards	2	11%
Gas metano	165	13%
Gasolio da riscaldamento	40	30%
Global service uso ufficio	-	16%
Linee telefoniche	18	35%
Lubrificanti	1	20%
Mobili ed arredi (uso ufficio)	-	55%
Olio combustibile BTZ	4	20%
PC desktop	67	30%
PC portatili	17	48%
Reti fonia dati	5	54%
Reti private IT	12	40%
Servizio energia	41	14%
Sistemi di videocomunicazione	-	30%
Stampanti	9	38%
SW gestione documentale	3	20%
SW produttività individuale (Microsoft)	21	55%
Traffico telefonico - telefonia fissa	139	68%
Traffico telefonico - telefonia mobile	10	81%
Videoproiettori	-	55%
Totale spesa	**4.393**	

Fonte: Consip

Tabella 3 - Valore del transato 2003 del SSN

Convenzioni	Transato SSN
Autovetture I gara	739
Autovetture II gara	3.972
Ambulanze	2.379
Arredi didattici e per ufficio	20
Buoni pasto I gara	3.794
Buoni pasto tutti i tagli	34.299
Derrate alimentari	7.191
Cancelleria	3.793
Carta in risme	2.322
Ecotomografi	5.780
Fotocopiatrici II gara	43
Fotocopiatrici III gara	2.072
Fotocopiatrici IV gara	171
Fotocopiatrici V gara	2.362
Fotocopiatrici VI gara	992
PC desktop II gara	2.427
PC desktop IV gara	4.186
PC Portatili II gara	1.393
PC Portatili III gara	1.351
Stampanti	4
Stampanti III gara	1.901
SW produttività Microsoft II gara	12
SW produttività Microsoft III gara	1.971
SW produttività Microsoft IV gara	1.267
SW produttività Sun II	25
SW produttività Lotus	3
SW gestione documentale	251
Videoproiettori fascia bassa	309
Videoproiettori fascia alta	78
Fax	603
Fax II	77
Carburanti rete	837
Gasolio riscaldamento	337
Olio combustibile da riscaldamento	1.408
Energia elettrica	2.854
Lubrificanti autotrazione	1
Servizio energia	63.885
Centrali telefoniche	6.326
Centrali telefoniche II	428
Reti locali	969
Telefonia fissa	26.919
Telefonia fissa e connettività IP	39.383
Telefonia mobile	384
Telefonia mobile II gara	674
Global service uffici	4.171
Totale	**234.363**

Fonte: Consip

servizi relativi a categorie merceologiche per le quali vengono attivate iniziative di razionalizzazione. Per "massimale della Convenzione" si intende il valore complessivo dei beni e servizi acquistabili tramite Convenzioni. Tipicamente per una determinata categoria merceologica il valore del massimale è mediamente un 20-25,0% della "spesa affrontata". Ad esempio per la Convenzione Farmaci a fronte di una "spesa affrontata" annua di 2.850 milioni di Euro, la Convenzione ha un massimale di 500 milioni di Euro. In realtà, per motivi attinenti a scelte autonome delle Amministrazioni, solo una parte delle iniziative predisposte viene effettivamente utilizzata e ciò costituisce il cosiddetto "transato".
In Tabella 2 è riportato l'elenco delle categorie merceologiche attivate nel 2003, il valore della spesa affrontata per il comparto sanità con la relativa percentuale attesa di riduzione dei costi medi unitari della P.A.
Nella seguente Tabella 3 è riportato il valore del transato 2003 (inteso come valore degli ordini emessi nel 2003 e dei consumi, per le iniziative a consumo, ad esempio traffico telefonico), generato dalle aziende appartenenti al SSN rispetto alle categorie merceologiche attivate nel Programma.

10.4.1 La rilevazione sull'andamento dei prezzi MEF - ISTAT

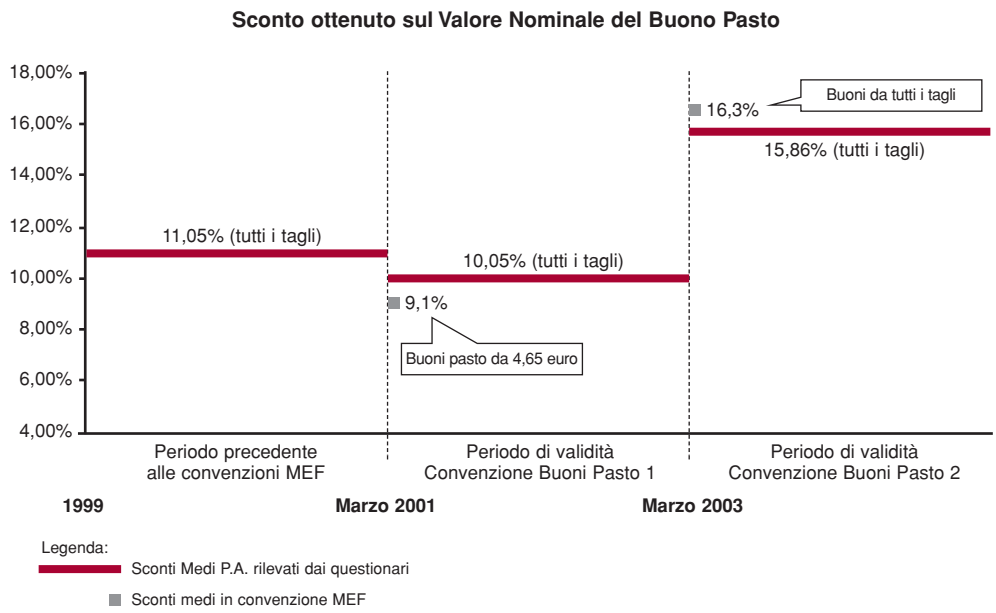
A maggio 2003 è stata avviata una collaborazione tra il MEF (IV Dipartimento – Servizi Affari Generali) e l'ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica) al fine di monitorare, tramite un'indagine statistica, la spesa per acquisto di beni e servizi della Pubblica Amministrazione. L'analisi è stata condotta, in modo specifico, su alcune categorie merceologiche di ampia diffusione. L'indagine ha consentito di disegnare un quadro completo del mercato degli acquisti delle P.A. italiane per tali merceologie, permettendo di mettere in evidenza le caratteristiche tecniche dei prodotti acquistati, le abitudini e modalità di acquisto nonché i loro prezzi medi.
L'ISTAT, in particolare, ha avuto la responsabilità di individuare il campione di Amministrazioni coinvolte nella rilevazione, di effettuare l'analisi delle risposte, di classificare gli elementi tecnico-economici caratterizzanti gli approvvigionamenti e individuare gli algoritmi di normalizzazione dei prezzi.
La rilevazione ha riguardato 12 categorie merceologiche, selezionate secondo caratteristiche di elevata standardizzabilità e ampia diffusione presso le PP.AA. e in particolare:
- carta per fotocopiatrici/stampanti;
- cassonetti e bidoni per la raccolta dei rifiuti;
- buoni pasto;
- *software* di informatica individuale;
- stampanti;
- fax;
- carburanti per autotrazione tramite rete di punti vendita;
- carburanti per autotrazione con consegna a domicilio;
- telefonia mobile;
- autocompattatori per la raccolta dei rifiuti;
- autobus;
- metano per riscaldamento.

Per ognuna delle categorie è stato predisposto un questionario con l'obiettivo di analizzare le abitudini di acquisto, censire le tipologie di prodotti acquistate e rilevare i prezzi unitari pagati dalle amministrazioni. Il questionario è stato poi inviato, per la compilazione, a 496 amministrazioni, selezionate in base a criteri sia di rilevanza (rappresentative di circa l'80,0% della spesa della P.A. per acquisto di beni e servizi, pari a circa 46,7 miliardi di Euro), sia di rappresentatività del campione (sono stati coinvolti Enti centrali dello Stato, aziende del SSN, Università, Enti locali). La rilevazione ha riscosso notevole interesse da parte delle amministrazioni. Hanno risposto al questionario il 70,0% degli interpellati con una rappresentatività (in termini di spesa) di circa il 57,0% della spesa. In particolare, per la Sanità, il questionario è stato inviato a 197 aziende del SSN (la quasi totalità delle aziende sanitarie locali e alcune aziende ospedaliere), ottenendo i dati rilevati da ben 150 di esse.
L'elevato numero di risposte, e quindi di significatività del campione, ha consentito di ricostruire un quadro completo delle dinamiche di acquisto delle Amministrazioni, per acquisti effettuati fino al 30 ottobre 2003. Per le categorie merceologiche per le quali erano presenti iniziative inerenti il Programma di razionalizzazione della spesa (le Convenzioni MEF/Consip) l'analisi dei prezzi medi è stata condotta considerando i prezzi in vigore nel periodo antecedente all'attivazione della relativa Convenzione, i prezzi medi nel periodo in cui era in vigore la Convenzione ed infine i prezzi nei periodi di eventuale discontinuità della Convenzione stessa.
L'analisi ha evidenziato l'importante ruolo delle Convenzioni su tutte le categorie merceologiche oggetto di osservazione, confermando i due effetti ottenuti sia dei risparmi diretti (derivanti dall'adesione alle Convenzioni), sia con i risparmi indiretti. L'indagine ha messo in evidenza la convergenza dei prezzi medi dei beni e servizi verso i valori fissati dalle Convenzioni, che hanno costituito un parametro di riferimento per il mercato. L'adeguamento dei prezzi si è manifestato anche dinamicamente nel tempo laddove edizioni successive di Convenzioni sulla stessa merceologia portavano progressivamente ad un abbassamento dei prezzi relativi. In tal modo il beneficio indotto è stato esteso a tutte le amministrazioni e non solamente a quelle che hanno aderito nel tempo alle varie iniziative del Programma.
A titolo esemplificativo vengono riportati nel seguito i risultati rilevati su alcune categorie merceologiche, per cui è chiaramente visibile l'effetto sia dei risparmi diretti che di quelli indiretti.

10.4.1.1 Prezzi medi buoni pasto

L'analisi è stata svolta prendendo in considerazione tre distinti periodi temporali, relativi alla situazione precedente all'attivazione della prima Convenzione, il periodo in cui è stata in vigore la "Convenzione Buoni Pasto 1" (con buono pasto a valore fisso pari a Euro 4,65), il periodo con in vigore la "Convenzione Buoni Pasto 2" con possibilità di scelta del valore del buono (vedi Figura 2). Nel primo periodo lo sconto medio sul valore nominale del buono era pari a 11,05%. Nel secondo periodo di osservazione lo sconto medio era pari al 10,5% a fronte di uno sconto in Convenzione pari al 9,1. Nel terzo periodo lo sconto medio era pari al 15,86%, molto prossimo allo sconto in Convenzione pari al 16,3%. Il confronto più omogeneo è certamente quello relativo al terzo periodo (da marzo 2003) dove vengono comparate le alternative di acquisto per buoni pasto con valore "tutti i tagli". Da notare come lo sconto medio sia aumentato di quasi 5 punti percentuali con la progressiva attivazione della relativa Convenzione.

Figura 2 - Sconti Buoni Pasto



10.4.1.2 Prezzi medi carburanti rete

Per la Convenzione "Carburanti Rete" è immediatamente visibile (Figura 3) che prima della convenzione le Amministrazioni pagavano il carburante praticamente allo stesso prezzo della pompa. La convenzione, oltre a generare risparmi per le Amministrazioni che hanno aderito, ha fissato dei parametri di riferimento anche per quelle che non hanno aderito, innestando un circolo virtuoso nel mercato della Pubblica Amministrazione.
La seconda convenzione ha portato ad un incremento del livello di servizio a fronte di una riduzione dello sconto.

10.4.1.3 Prezzi medi carta (formati A4 e A3)

La rilevazione effettuata sui prezzi della carta in risme ha evidenziato (Figura 4), sulla carta naturale A4, un effetto positivo della Convenzione MEF, che ha contribuito ad abbassare i prezzi medi del mercato P.A.

10.4.1.4 Prezzi medi telefonia mobile

La rilevazione sulla Telefonia Mobile ha messo in evidenza (Figura 5), per tutti i servizi offerti, un netto risparmio delle Amministrazioni che hanno aderito alla convenzione MEF.

Figura 3 - Sconti Carburanti Rete

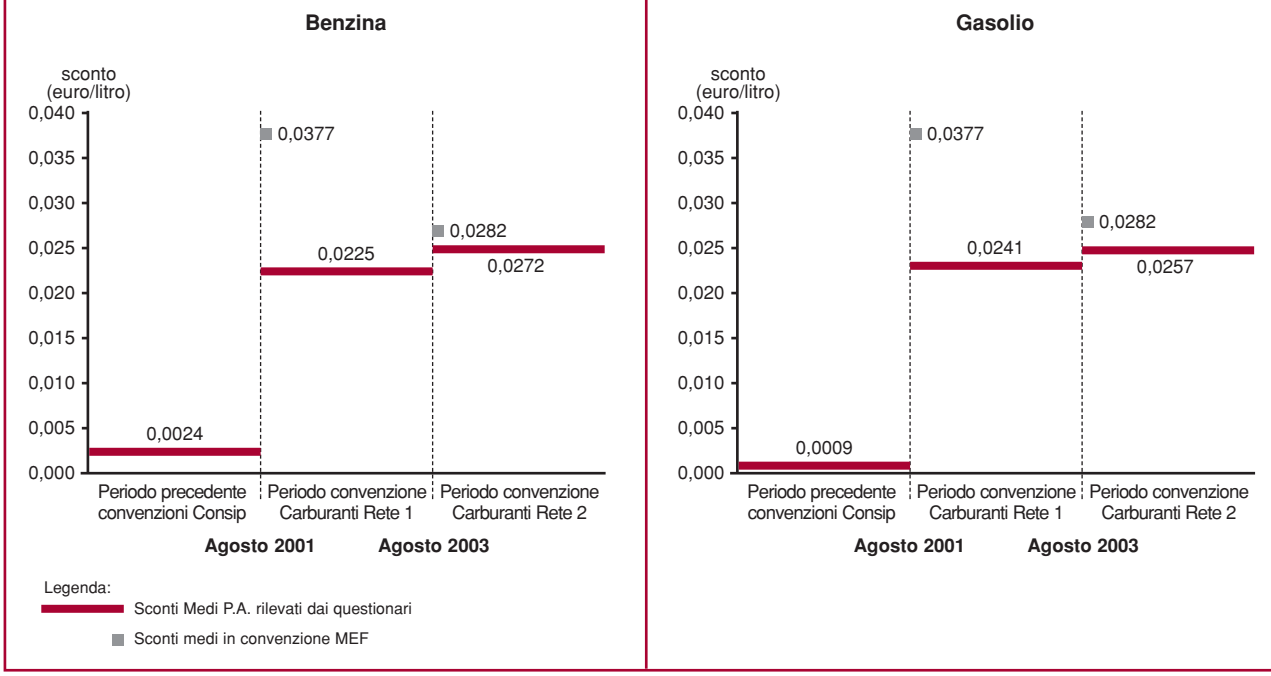


Figura 4 - Prezzi carta risma

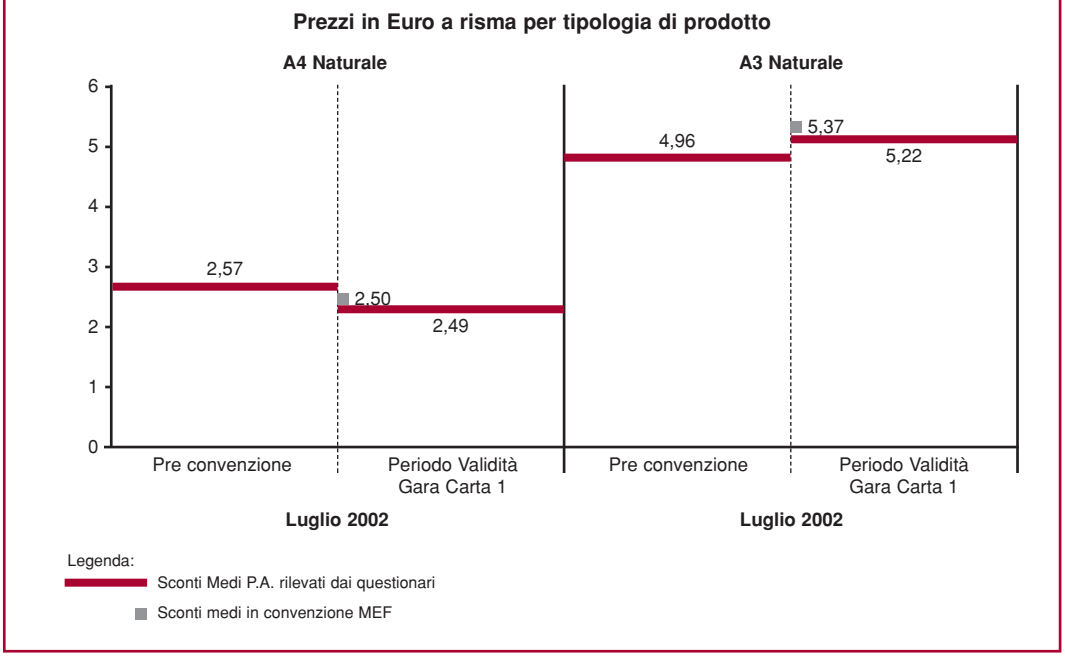
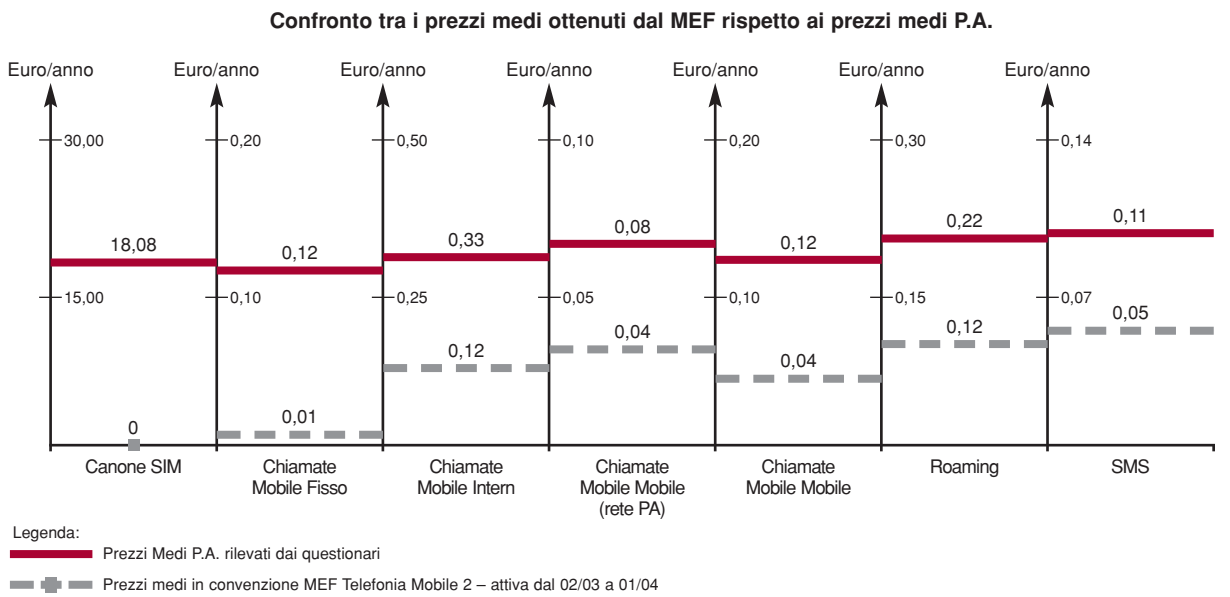


Figura 5 - Prezzi telefonia mobile



10.5 Conclusioni

Nella sanità pubblica si può spendere meno e meglio e la collaborazione con le strutture sanitarie pubbliche è alla base di ogni iniziativa.

È partendo da questo assunto che Consip, nell'ambito del Programma di razionalizzazione della spesa per l'acquisto di beni e servizi del MEF, ha dedicato un'attenzione particolare a questo settore, governato da peculiarità proprie, complesse e talvolta assai difformi dal resto della Pubblica Amministrazione.

Oggi forse è prematuro affermare che la sfida del risparmio e della qualità sia stata vinta. Il Programma, infatti, è ancora in fase di sviluppo e solo nel 2003 la Consip ha cominciato ad attivare le prime convenzioni su categorie di spesa specifica del mondo sanitario. Tuttavia i risultati finora ottenuti lasciano ben sperare.

Consip è riuscita a svolgere con efficacia il compito che le è stato affidato, nonostante le difficoltà legate alla numerosità delle Amministrazioni coinvolte e pur con tutti i margini di miglioramento possibili per un'azienda ancora giovane. Il Programma ha appena quattro anni di vita. Nonostante ciò Consip è già diventata un punto di riferimento importante per le Amministrazioni.

La quasi totalità delle strutture sanitarie pubbliche risulta registrato al sistema delle Convenzioni. Un dato tanto più significativo se si considera che tali strutture non sono mai state giuridicamente obbligate ad acquistare beni e servizi attraverso le convenzioni Consip.

Per questi soggetti, Consip è stata un parametro di riferimento in termini di prezzo e qualità degli acquisti.

A testimonianza di questo fatto c'è anche la capillare rete di relazioni creatasi con le azien-

I progetti e le collaborazioni internazionali

Sono state sviluppate collaborazioni e progetti con Organismi ed Enti Pubblici per la realizzazione di modelli di *public procurement*. In particolare, sono state avviate collaborazioni con il MEF volte alla realizzazione di progetti di gemellaggio (*twinning*) con altri Paesi in materia di *public procurement*, finanziati dall'Unione Europea nell'ambito del Programma *Phare*.

Consip, in collaborazione con il MEF, realizzerà, nel 2004-2005, un progetto di gemellaggio istituzionale con la Repubblica Turca. Il Gemellaggio istituzionale è uno degli strumenti *standard* utilizzati dall'Unione Europea per supportare gli Stati "candidati" nel loro processo di avvicinamento agli *standard* europei, in vista dell'ingresso nell'Unione.

Nell'ambito di tale progetto, il MEF (I e IV Dipartimento) sarà l'Istituzione italiana di riferimento, Consip metterà a disposizione le competenze e la professionalità dei propri esperti in materia di *e-procurement* e di *project management*, mentre l'Autorità dei Lavori Pubblici fornirà competenze in materia di legislazione sui lavori e su altri temi specifici.

È stata, inoltre, avviata un'iniziativa in collaborazione con il MEF e con la Funzione Pubblica finalizzata a diffondere e condividere conoscenza sul tema del *public procurement* e dei relativi modelli operativi tra le principali Istituzioni di *Public Procurement* dell'Unione Europea, dei Paesi candidati e della Norvegia (28 Paesi). Tale iniziativa, denominata *EU Public Procurement Learning Lab*, ha avuto avvio con un primo incontro, svoltosi a Roma nel mese di novembre 2003, tra tutti i referenti dei Paesi coinvolti (i 16 Paesi che hanno partecipato al meeting sono: Cipro, Danimarca, Francia, Germania, Grecia, Inghilterra, Italia, Lituania, Polonia, Repubblica Ceca, Romania, Slovacchia, Slovenia, Svezia, Turchia, Ungheria). Il laboratorio comincerà ad operare nel corso del 2004, quando è prevista la partecipazione di altri Paesi tra cui l'Austria, la Finlandia e la Spagna.

Tra i Paesi europei particolarmente interessati a conoscere il modello Consip spiccano la Francia (UGAP) e l'Austria (BBG), i cui governi hanno richiesto collaborazioni e incontri finalizzati alla condivisione della conoscenza, sia in termini di strategie sia di modelli operativi.

Inoltre il Ministero del Bilancio francese ha deciso di seguire l'esempio ed il modello Consip attraverso la creazione di un'agenzia per gli acquisti finalizzata alla razionalizzazione e alla riduzione della spesa per beni e servizi della P.A.. La riforma francese inizierà, in forma sperimentale, dal Ministero dell'Economia e delle Finanze per poi essere estesa anche alle altre Amministrazioni.

Un progetto innovativo di rilevanza nazionale è il Premio "MEF–Consip: Master in *e–procurement*", istituito da MEF e Consip, per condividere con il mondo universitario le esperienze professionali maturate nell'ambito del Programma di razionalizzazione della spesa per gli acquisti pubblici. Tale premio verrà assegnato, tramite una procedura di selezione, a tre Università o Raggruppamenti Temporanei di Università con ambito regionale, che abbiano già istituito o intendano istituire un Master universitario sulle tematiche dell'approvvigionamento pubblico e dell'*e–procurement*.

de sanitarie e con aggregazioni spontanee di esse. Tale rete ha consentito la stipula di Protocolli d'intesa e l'avvio di numerose collaborazioni locali con le Regioni, finalizzate anche alla sperimentazione di modalità innovative di gestione degli approvvigionamenti.
Favorevole è stato anche il riscontro dei vari contatti sul territorio con gli operatori delle aziende sanitarie.
Pur nella consapevolezza che il cammino da percorrere è ancora lungo, l'esperienza fatta permette di esprimere moderata soddisfazione per i risultati finora raggiunti in termini di risparmio, semplificazione delle procedure e maggiore efficienza. Specialmente sul lato delle riduzioni dei costi di acquisto, il controllo dei prezzi ottenuti nelle gare ha ricevuto un riscontro metodologicamente ancora più oggettivo grazie all'indagine MEF-Istat (vedi paragrafo 10.4.1).
Non si intende peraltro nascondere che, come è naturale che accada nel portare avanti un progetto di tale rilevanza, emergano alcune aree in cui è necessario migliorare. Consapevole delle criticità, Consip le sta affrontando lavorando in costante contatto con tutti i soggetti coinvolti, mantenendo un approccio altamente collaborativo, che è l'unico in grado di permettere la piena realizzazione delle potenzialità del Programma.

Bibliografia/References

Direttiva 2004/18/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 31 marzo 2004

Legge 23 dicembre 1999, n. 488.

Legge 23 dicembre 2000, n. 388.

Legge 28 dicembre 2001, n. 448.

Legge 27 dicembre 2002, n. 289.

Legge 24 dicembre 2003, n. 350.

Capitolo 11

Ricentralizzazione delle Regioni (grip back) ed aziende sanitarie; centrali di acquisto e servizi in rete

Meneguzzo M.[1], Roncetti L.[2] , Rossi A.G.[3]

11.1 Acquisti di gruppo e centri servizi amministrativi; i primi risultati del *grip back* regionale

Nel primo Rapporto CEIS Sanità 2003[4] è stata messa in evidenza la presenza di due tendenze divergenti nel Servizio Sanitario Nazionale italiano, che vedono contrapposte spinte sempre più forti per il federalismo sanitario, e la piena autonomia regionale, a cui si affiancano interventi delle Regioni, finalizzati alla riprogettazione dei propri sistemi sanitari regionali e alla riduzione della autonomia delle aziende sanitarie e ospedaliere (il fenomeno del *grip back*).

L' autonomia delle Regioni si accompagna quindi ad un progressivo indebolimento del ruolo del livello locale, di cui segnali importanti sono stati la progressiva emarginazione degli enti locali, sancita dal processo di aziendalizzazione ex D.Lgs. 502/1992 e 517 e il mancato decollo degli interventi previsti dalla riforma ter del 1999, rappresentati dall'avvio della programmazione concertata e dalla creazione di tavoli di lavoro enti locali-aziende sanitarie.

Perno delle politiche di ricentralizzazione, sono stati negli ultimi anni gli interventi di riconfigurazione degli assetti istituzionali e organizzativi delle aziende sanitarie, ricordati nella Tabella 1.

[1] *Dipartimento Studi sull'impresa Università degli studi di Roma "Tor Vergata".*

[2] *Responsabile Centrale interaziendale approvvigionamento ASL Area vasta Bologna Ferrara.*

[3] *Amministratore unico Consorzio Area vasta centro Regione Toscana.*

[4] *Cfr. Cuccurullo C., Meneguzzo M. (2003).*

Re-centralisation of the regions (grip back) and health-care enterprises; purchasing centres and network services

Meneguzzo M.[1], Roncetti L.[2] , Rossi A.G.[3]

Summary

The present contribution analyses the impact of grip-back initiatives undertaken within regional health-care systems in Italy by the regional governments for the purpose of limiting the independence of the health-care enterprises and hospital enterprises.

Policies meant to lead to economies of scale in the supply function through centralised purchasing and the creation of e-procurement portals were examined. The two regional cases differ from each other in terms of the period of activation, the role of re-centralisation played by the region, the mode of inter-enterprise cooperation and the areas of the activities performed.

The inter-enterprise centre in Bologna, activated in 2000 on the basis of voluntary cooperation agreements between the health-care and hospital enterprises of the Bologna metropolitan area (and now extended to Ferrara), has seen the Emilia Romagna region play a role limited to orientation.

The efforts of the Inter-Enterprise Centre are focussed on three strategic areas of activity:

[1] *Department of Business Studies of the University of Rome, "Tor Vergata" Campus.*

[2] *Head of the Inter-Enterprise Supply Centre, Local Health-Care Enterprise of the vast area of Bologna and Ferrara.*

[3] *Sole Administrative Officer of the Vast Area Consortium of the Central Tuscany Region.*

Tabella 1 - Alcuni esempi di riorganizzazione della rete di offerta pubblica a livello regionale

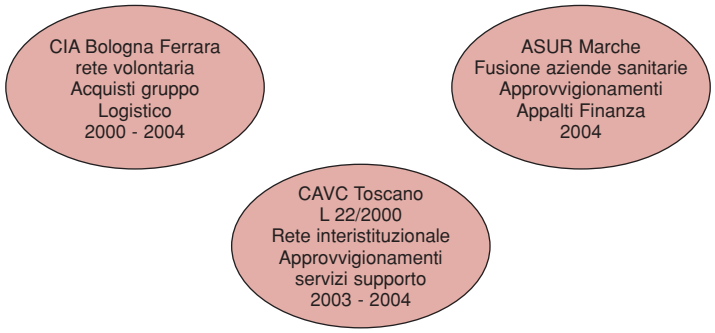
- Cooperazione/collaborazione tra Aziende ospedaliere città di Milano (1998 - 2001) (sperimentazione nazionale);
- Reti sanitarie Piemonte (reti sanitarie oncologia, trapianti, trauma center);
- Area vasta per servizi logistici, alberghieri ed amministrativi (Regione Toscana) collegata alle Società della salute;
- Fusione tra 3 ASL Provincia di Bologna e creazione Centrale interaziendale acquisti;
- Attivazione reti interne poli/antenne Asl provincia Trento.

Fonte Cuccurullo, Meneguzzo (2003)

Per molti di questi interventi le Regioni promotrici hanno proceduto ad una prima valutazione dei risultati, in alcuni casi di intesa con il livello centrale (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali - Ministero della Salute) che, attraverso lo strumento delle sperimentazioni gestionali, ha co-progettato e co-finanziato gli interventi stessi.
Tra i principali interventi va innanzitutto ricordata la ricerca di economie di scala nella funzione di approvvigionamento, attraverso acquisti centralizzati e creazione di portali di *e-procurement* a livello regionale, strettamente collegati con le politiche di acquisto *on-line* a livello nazionale, per le quali è previsto in sede di Legge Finanziaria 2005 un ulteriore rafforzamento.
Altre politiche attivate dalle Regioni hanno interessato funzioni di supporto quali amministrazione e contabilità, gestione finanziaria e politiche di investimento, programmazione e controllo delle attività (ad esempio i progetti regionali sul controllo di gestione di Lombardia, Calabria, Marche, Abruzzo), logistica e gestione degli spazi, trasporti interni e comunicazioni, manutenzione immobiliare, tecnologica e impiantistica, sempre più viste in un'ottica di consorzi/reti interaziendali/aree vaste.
Ad oggi manca una valutazione comparata a livello nazionale sui risultati conseguiti delle più significative esperienze regionali; partendo da questa constatazione si è deciso, in questo contributo di effettuare un primo confronto sulle *performances* delle esperienze dell'Emilia Romagna e della Toscana.
Come mostra la Figura 2 vi è una terza importante esperienza, quella della Regione Marche che ha proceduto alla creazione della Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR); non è ancora possibile esprimere una valutazione sui risultati dell'ASUR, operativa da marzo 2003 e finora concentrata su alcuni progetti, riconducibili alle azioni strategiche.
Vanno a questo proposito richiamate le azioni strategiche individuate dalla ASUR marchigiana; una delle azioni strategiche

purchase union, logistics and support of the metropolitan therapeutic commission.
The case of the Consortium for the Vast Area Centre of Tuscany is very different, having been promoted by the regional government, which has undertaken a wide-ranging and multi-facetted reformulation of the Regional Health-Care Service, with the vast area consortiums, as well as the health-care enterprise, playing priority roles.
The Consortium for the Vast Area Centre has followed a diversification strategy that was definitely more incisive, in part because it operates along more institutional lines, through initiatives that regard the elimination and duplication of contracts, the renegotiation of purchase contracts, the consolidation of administrative functions (legal affairs, insurance, Information Communication Technology), the centralisation of storage facilities and, in the case of the metropolitan CUP, both complex and routine procedures.
Following a detailed presentation of the different case histories, an initial benchmarking was carried out between the two experiences.
The first and most meaningful variable for comparison is represented by the value of the goods and services acquired jointly; the Inter-Enterprise Centre of Bologna, which operates under a "voluntary" network approach, presents a volume of completed purchases for 2003 equal to approximately 5,0% of that of the Consortium for the Vast Area Centre of

Figura 1 - Le esperienze di *grip back* regionale. Acquisti, logistica e centri servizi



decise per il 2004 è rappresentata da *approvvigionamenti, appalti ed investimenti* e prevede tra i diversi progetti "l'attivazione di esperienze di acquisto sovrazonale, seguendo una logica di rete e di specializzazione delle competenze nel rispetto e nella salvaguardia dei mercati locali" e "la sperimentazione di acquisti sovrazonali in aree quali quella del farmaco".

Va ricordato a questo proposito che ASUR sta procedendo a gare regionali e ha già drasticamente ridotto il numero delle gare (da 300 nel 2003 a 60 per il 2004), conseguendo un risparmio sulle spese di promozione pari a 1 milione di Euro.

I due casi regionali che verranno esaminati e messi a confronto si differenziano quanto a periodo di attivazione, ruolo di ricentralizzazione svolto dalla Regione, modalità di cooperazione interaziendale, aree di attività svolte.

La Centrale interaziendale di Bologna, attivata nel 2000, sulla base di accordi di cooperazione volontaria tra le aziende sanitarie e ospedaliere dell'area metropolitana di Bologna (ed ora estese a Ferrara), ha visto un ruolo debole, di semplice indirizzo, da parte della Regione Emilia Romagna.

L'esperienza della CIA sta diventando un possibile riferimento per il gruppo delle aziende dell'area vasta dell'Emilia Nord (da Piacenza a Modena), che sempre su logica di rete volontaria stanno valutando modalità di centralizzazione degli acquisti e della logistica, attraverso le possibili formule istituzionali del Consorzio, dell'Associazione o dell'Azienda capofila[5].

La stessa Emilia Romagna, negli ultimi quattro anni sta attivando momenti di confronto tra le tre aree vaste della Regione sul

[5] *CIA (2003).*

Florence.

The economic performance levels, and in particular the savings obtained, make possible an immediate comparison with the results achieved in other health-care systems following the implementation of strategies for the maintenance of current policies, meaning initiatives characterised by their limited cost for the network and the fact that they are geared towards making use of existing operating and managerial capabilities. An element of particular significance is the renegotiation of purchase contracts for goods and services.

In the United States, the savings achieved following the renegotiation of purchase contracts varies from 1,5% to 4,0% of total costs (HCAB 1995); the performance levels achieved in the course of the two experiences analysed definitely present noteworthy values.

In fact, the savings obtained by the Inter-Enterprise Centre of the Emilia Romagna region amounted to 14,0% of total purchases in 2003, with an average of 6,0% during the three-year period, fully in line with the 5,7% of the Consortium for the Vast Area Centre of Florence.

An evaluation of the overall performance levels of the Consortium must be carried out in the different areas of operation, using a balanced scorecard approach to link the economic dimension, the capacity for innovation, the development of corporate know-how and both the optimisation of human resources and the satisfaction of internal clients; this indication represents the final consideration of the present work, providing a framework for research and reflection meant to lead to an understanding of the practical effect of initiatives of regional re-centralisation.

Regione Emilia Romagna

La Regione Emilia Romagna, in un recente documento di indirizzo, ha attribuito ai Consorzi di area vasta le seguenti priorità:

- il perfezionamento del trasferimento della funzione acquisti (luglio 2004);
- la definizione del progetto complessivo della logistica (luglio 2004);
- il completamento dell'analisi sulla gestione transitoria di Area Vasta del sistema assicurativo (Responsabilità Civile) e la successiva definizione di un progetto regionale per il sistema assicurativo (agosto 2004);
- piano di trasferimento del settore tecnologico (Tecnologie di base e ICT) con predisposizione di una soluzione organizzativa-consortile o interaziendale a guida consortile (luglio 2004);
- il progetto complessivo del modello di formazione di Area Vasta (agosto 2004);
- il trasferimento formale delle funzioni logistiche e l'avvio di progetti-pilota (settembre 2004);
- l'avvio delle funzioni consortili in ambito tecnologico e la connessa predisposizione di programmi operativi di Area Vasta (dicembre 2004);
- la formulazione di un progetto per il trasferimento delle funzioni relative alla gestione amministrativa del personale, con specifica attenzione alle procedure di reclutamento e alle procedure contabili (dicembre 2004).

La Regione inoltre auspica l'apertura dei Consorzi a *partners* istituzionali, in primo luogo le Università, che possono e debbono essere coinvolte nei programmi e nei progetti attivati.

tema dei futuri modelli di approvvigionamento centralizzato.
Come sintetizza la Figura 1 e come più avanti illustrato, la CIA si concentra su tre aree strategiche di attività: unione d'acquisto, logistica e supporto alla commissione terapeutica metropolitana.
Molto diversa è l'esperienza del Consorzio area vasta Centro Toscana; innanzitutto decisivo è stato in questa esperienza il ruolo della Regione che con la L. 22/2000 ha proceduto ad una ampia ed articolata ridefinizione del Servizio Sanitario Regionale (la seconda fase della aziendalizzazione), che si collega ad un disegno complessivo in cui i Consorzi di area vasta sono, insieme alle Aree vaste e alla Società della salute, gli assi portanti ed impegno prioritario per la verifica degli obiettivi del Piano sanitario regionale.
Il ruolo della Regione è stato poi confermato dalle linee guida del 2002 e dalle successive direttive regionali, finalizzate a rendere operativa la struttura consortile, attraverso la dotazione di personale, ad accrescere le sinergie tra aziende consorziate e Consorzi, a promuovere infine progetti innovativi.
L'esperienza toscana, seppur più recente, si contraddistingue per un ruolo forte della Regione, per la presenza di reti istituzionali interaziendali e per ambiti di attività ampi.
Nelle linee guida del 2004 vengono richiamate come aree di attività l'Osservatorio prezzi, la logistica, l' ICT, la formazione, gli affari legali e il *risk management*.
A questo proposito si ricorda che le direttive regionali pongono particolare attenzione all'integrazione della *supply chain*: separando le responsabilità della Regione (concentra-

zione dei pagamenti e predisposizione di strumenti di *e-procurement*) da quelle delle Aziende Sanitarie ed i Consorzi, chiamati ad impegnarsi direttamente sulla logistica.
Si prevede infatti che funzione logistica e personale dedicato debbono essere trasferiti ai Consorzi di area vasta mediante la graduale riduzione dei punti di stoccaggio, che saranno accorpati in uno o più punti a livello di area vasta, con gestione preferibilmente pubblica e la semplificazione delle procedure.
Le tecnologie informatiche costituiscono una importante linea di azione regionale; in una prima fase si prevede per i Nuclei Interaziendali Tecnici (costituiti nel 2002) l'attribuzione del coordinamento ai Consorzi di Area Vasta.
I NIT che si sono finora concentrati sui PACS e sul CUP sovraziendale dovranno in questa logica affrontare tematiche quali le infrastrutture tecnologiche ed informative di area vasta, l'omogeneizzazione delle procedure e delle informazioni (ad es. protocollo informatico comune) e il sistema informativo infra e interospedaliero.

11.2 Il coordinamento degli acquisti in Emilia Romagna: l'esperienza della Centrale Interaziendale Approvvigionamento

La Centrale Interaziendale Approvvigionamento (CIA) è stata costituita tramite convenzione, deliberata nell'estate del 2000 e stipulata fra l'AUSL Città di Bologna, l'AUSL Bologna Nord, l'AUSL Bologna Sud, l'AUSL di Imola e l'Azienda Ospedaliera di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi.
La scelta di attivare un centro servizio interaziendale é stata adottata in un contesto istituzionale che vedeva, all'epoca, un orientamento diffuso nell'area metropolitana felsinea, allo sviluppo di modalità di cooperazione interaziendale, basate sulla creazione dell' "azienda sanitaria unica"[6].
Nel novembre del 2002 aderisce alla convenzione l'IRCCS Istituti Ortopedici Rizzoli e nel gennaio 2003 si concretizza l'adesione dell'Azienda USL e dell'Azienda Ospedaliera di Ferrara.
L'esperienza della CIA risponde ad una logica di cooperazione "volontaria"; di particolare interesse è il raccordo tra questa esperienza e l'orientamento programmatico della Regione Emilia Romagna che sta attivando in questa fase tre aree vaste (Emilia occidentale Nord, area Bologna Ferrara, Romagna), riprendendo l'esperienza toscana.
La struttura, in staff al Collegio dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e ospedaliere partecipanti, ha come missione la riorganizzazione degli acquisti dei prodotti di farmacia (farmaci e materiale sanitario) in una logica comune e con modalità innovative, ed una verifica del contesto logistico allo scopo di individuare modelli più economici e razionali.
Si tratta di un centro servizio di rete di aziende sanitarie, privo di personalità giuridica autonoma e molto vicino al modello delle "reti informali".
I principali obiettivi della CIA, in piena sintonia con la missione attribuita, sono rappresentati dalla riduzione del costo unitario di acquisto del materiale sanitario, dalla costante ricerca di maggiore efficienza, dalla formulazione di un piano di ottimizzazione del processo

[6] *Cfr. Meneguzzo M., (2000) e Meneguzzo M. (2003).*

Tabella 2 - CIA - Gare svolte in unione d'acquisto e principali risultati 2000-2003 (valori in Euro al netto dell'IVA)

2000	Importo annuo (euro)	Nr. Aziende	Risultato	Risparmio annuo (euro)
Antisettici e disinfettanti	558.713	3 Aziende + 2	-11,0%	- 61.458
Sieri e vaccini	1.291.142	4 Aziende + 1	-6,0%	- 78.502
Totale	**1.849.855**		**-8,0%**	**- 139.960**
2001	**Importo annuo (euro)**	**Nr. Aziende**	**Risultato**	**Risparmio annuo (euro)**
Farmaci generici	154.937	2 Aziende	-34,0%	- 52.679
Gas medicali Ossigenoterapia territoriale	1.998.688	3 Aziende	-13,0%	- 263.393
Farmaci ed emoderivati	48.275.809	3 Aziende + 2	-4,0%	- 1.931.032
Materiale sterile TNT	800.508	2 Aziende + 1	-10,0%	- 80.051
Vaccino antinfluenzale/pneumococcico	910.255	5 Aziende	-8,0%	- 72.820
Totale	**52.140.197**		**-5,0%**	**- 2.399.975**
2002	**Importo annuo (euro)**	**Nr. Aziende**	**Risultato**	**Risparmio annuo (euro)**
Materiale di medicazione classica	1.192.406	4 Aziende + 1	-4,0%	- 51.451
Medicazione avanzata e bendaggi	748.863	4 Aziende + 1	-19,0%	- 142.317
Miscele nutrizionali	322.000	5 Aziende	-33,0%	- 107.532
Aghi e siringhe	1.298.365	5 Aziende + 1	-3,0%	- 40.208
Pannoloni uso ospedaliero	361.520	4 Aziende	-12,0%	- 43.382
Pannoloni per distribuzione diretta	3.476.905	4 Aziende	-19,0%	- 667.082
Aghi specialistici	250.237	5 Aziende + 1	-37,0%	- 93.081
Infusori elastomeri	516.457	4 Aziende	-10,0%	- 52.679
Totale	**8.166.752**		**-15,0%**	**- 1.197.732**
2003	**Importo annuo (euro)**	**Nr. Aziende**	**Risultato**	**Risparmio annuo (euro)**
Apparati tubolari in plastica	915.153	6 Aziende	- 23,0%	- 212.285
Soluzioni infusionali	1.586.810	8 Aziende	+ 4,0%	58.795
Sonde e tubi	1.315.363	8 Aziende	- 28,0%	- 369.586
Totale	3.817.327		- 14,0%	- 523.076
TOTALE 2000 – 2003	**65.974.131**		**- 7,0%**	**- 4.260.743**

Fonte: nostra elaborazione

logistico e dalla creazione di standard di riferimento sulla base del profilo costo efficacia. È interessante segnalare a questo proposito che l'ottimizzazione del processo logistico è stata strettamente collegata ad un progetto sperimentale avviato da CIA a partire dal

2000, in stretta collaborazione con Consip, interessata a verificare spazi di ampliamento della propria missione istituzionale, fondata sull'*e-procurement*.
Le principali aree strategiche di intervento della CIA sono:
• procedure in unione di acquisto;
• analisi del mercato dei fornitori e studio dei capitolati come strumento strategico;
• ricerca di partnership con i fornitori sulla distribuzione;
• creazione di una Commissione Terapeutica Provinciale.
Di seguito si presentano alcune informazioni sui principali progetti in corso, con particolare attenzione alle gare in unione d'acquisto, di cui si presenteranno i risultati e al progetto pilota di razionalizzazione della logistica.
Le gare in unione d'acquisto prevedono che per ogni gara sia individuata un'azienda sanitaria capofila dell'unione di acquisto, che si fa carico, attraverso il proprio settore acquisti, dell'intera procedura amministrativa fino all'aggiudicazione. Ogni singola Azienda, poi, stipula e gestisce il contratto con il fornitore aggiudicatario sulla base dei propri fabbisogni.
Il capitolato speciale, il disciplinare tecnico, i parametri di valutazione qualitativa dei prodotti sono formulati da CIA, in base a uno studio congiunto con i diversi gruppi di lavoro: farmacisti, gruppi tecnici specifici per ogni gara, responsabile acquisti (Provveditori).
Nel triennio 2000-2003 sono state completate le gare elencate nella Tabella 3; si evidenzia un aumento quantitativo (numero delle gare) e qualitativo (tipologia di beni acquisiti) ed un risparmio medio, rispetto ad acquisti effettuati autonomamente dalle aziende, compreso tra il 5,0% e il 15,0%, con un risparmio complessivo sul triennio pari a 4 milioni di Euro.
Nel 2004 la CIA ha in corso numerose gare interaziendali per un importo complessivo pari a circa 15 milioni di Euro (per un dettaglio si veda successiva Tabella 4), con risultati significativi in termini di risparmi ottenuti (in alcuni casi 33,0% e 35,0%) e con alcuni indicatori in controtendenza (nei fili di sutura si è registrato un aumento del 26,0%). Nel 2004 la CIA sta inoltre predisponendo quattro nuove gare (vaccini, reti chirurgiche), per un importo pari a 3,3 milioni di Euro.
Come già anticipato, l'attivazione di *partnership* con i fornitori rappresenta per la CIA una rilevante area strategica.
Passando ad esaminare gli interventi nel settore della logistica, occorre ricordare che nel corso del 2001 sono stati presi contatti con la Consip spa, la società costituita nel 1999 dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, per razionalizzare i processi di acquisito all'interno della Pubblica amministrazione e per sviluppare l'*e procurement* (acquisti *on-line*), al fine di valutare la collaborazione nell'area della logistica del materiale sanitario, individuata, anche da parte di Consip, come possibile area di risparmio di risorse.
All'epoca Consip era particolarmente interessata ad aprire nuovi segmenti di mercato per l'*e-procurement* nella PA; infatti, mentre il ricorso a Consip era, a seguito delle indicazioni contenute nelle Leggi Finanziarie, obbligatorio per le Amministrazioni centrali, le ASL e aziende ospedaliere, Enti locali e le Università potevano decidere se optare o meno per i servizi offerti da Consip stessa.
La scelta di attivare un progetto pilota nel campo della logistica soddisfaceva da un lato le esigenze delle aziende sanitarie dell'area metropolitana, interessate a razionalizzare l'intero processo di approvvigionamento e dall'altro rispondeva ad una primaria necessi-

Tabella 3 - CIA - Previsione di attività per il 2004

2004	Importo annuo (euro)	Nr. Aziende	Risultato previsto	Risparmio ottenuto
Guanti monouso e chirurgici	2.483.384	8 Aziende	- 5,0%	
Sistemi di drenaggio e accessori	1.018.056	8 Aziende	- 10,0%	- 33,0%
Sacche	774.685	8 Aziende	- 10,0%	- 15,0% (sul 74,0% del valore dei lotti)
Cateteri e set per epidurale	872.215	8 Aziende	- 10,0%	- 14,0%
Materiale monouso per laparoscopia	1.310.000	4 Aziende	- 5,0%	
Suturatici meccaniche monouso	1.230.000	4 Aziende + 1	+ 30,0%	
Antisettici e disinfettanti	958.004	5 Aziende	- 2,0%	- 35,0% (sul 70,0% del valore dei lotti)
Farmaci (nuovi inserimenti)	1.390.343	5 Aziende	-	+ 6,0%
Materiale per sterilizzazione	367.870	6 Aziende	- 10,0%	
Circuiti per anestesia e rianimazione	998.873	8 Aziende	- 10,0%	
Fili da sutura	1.959.887	7 Aziende	+ 30,0%	+ 26,0%
Materiale per radiologia interventistica	759.064	3 Aziende	- 10,0%	

Fonte: nostra elaborazione

tà della stessa Consip di rafforzare la propria posizione di mercato.
Infatti il mercato potenziale dell'*e-procurement* per le ASL e le aziende ospedaliere era concentrato su "servizi generali" come assicurazioni, manutenzioni immobiliari, impiantistiche e tecnologiche, servizi alberghieri e attrezzature biomediche per una stima a valore (dati 2000) di circa 2 miliardi Euro.
Prospettive interessanti erano poi rappresentate da prodotti farmaceutici, materiali diagnostici, dispositivi medici e altri beni legati all'attività sanitaria da gestire, a cui poco si adattava il modello di acquisti centralizzati di Consip e per cui era vincente la strategia di attivare centri logistici per un numero di AO/ASL contigue. A questi centri era affidata la selezione dei fornitori, la contrattazione, la gestione del magazzino e delle scorte e la distribuzione dei prodotti.
La CIA, in stretto accordo con il collegio dei Direttori Generali delle Aziende sanitarie, ha quindi predisposto uno studio di fattibilità su un modello di logistica centralizzata, in *outsourcing*, firmando successivamente un protocollo di intesa fra le Aziende Sanitarie da un lato e Consip e Ministero dell'Economia e Finanze dall'altro.
Il progetto prevedeva due principali linee d'azione, finalizzate al conseguimento di rilevanti economie di spesa e al miglioramento della qualità del servizio ai clienti interni.

La farmacia ospedaliera

In particolare alla farmacia ospedaliera compete:
- la verifica e la validazione delle richieste di rifornimento delle UO;
- l'inoltro on line all'operatore logistico delle richieste delle UO stesse;
- l'emissione degli ordini ai fornitori su suggerimento d'ordine dall'operatore logistico;
- la definizione delle scorte minime;
- il monitoraggio sul servizio reso dall'operatore logistico.

La prima è rappresentata dalla centralizzazione del magazzino di farmacia delle diverse strutture delle ASL aderenti e dalla successiva attribuzione del servizio di gestione del magazzino e rifornimento ai reparti, in *outsourcing* ad un operatore privato.
In parallelo si è proposto di informatizzare i flussi di reparto mediante l'introduzione di penne ottiche per la registrazione dei carichi e scarichi di materiale per migliorare la disponibilità e ridurre i consumi non necessari.
Nel progetto si è prevista la gestione logistica diretta da parte delle aziende sanitarie per categorie di prodotti come gli stupefacenti (per esigenze legate alle indicazioni normative), il materiale consegnato dai fornitori direttamente ai reparti o i materiali per preparazioni galeniche (per esigenze di logistica industriale) e infine i farmaci salvavita.
Per le scorte di magazzino dell'operatore logistico è stata inizialmente ipotizzata la proprietà di ciascuna Azienda sanitaria, con l'obiettivo di passare, per i prodotti acquistati con gara comune, a scorte di proprietà del fornitore, secondo il modello del contratto estimatorio/conto deposito. Il vantaggio consiste nella riduzione degli oneri finanziari di *stock* e nella semplificazione della fatturazione passiva.
Il modello di funzionamento previsto per il Centro logistico unificato individua ruoli ben distinti; le unità operative delle aziende sanitarie/ospedaliere emettono le richieste di rifornimento e verificano la conformità della merce consegnata, la farmacia controlla il flusso di informazioni e la qualità del servizio, l'operatore logistico gestisce il magazzino ed effettua la distribuzione ai reparti/punti di prelievo.
All'operatore o Centro logistico sono attribuite varie funzioni, dall'approvvigionamento, alla gestione scorte e alla distribuzione.
La funzione di approvvigionamento è distinta a seconda della proprietà delle scorte; se le scorte rimangono alle aziende sanitarie il Centro logistico si limita ad emettere le proposte di reintegro scorte centrali nell'ambito delle convenzioni di acquisto stipulate dalla CIA stessa o dalle singole Aziende. Nel caso invece in cui il Centro fornitore è proprietario delle scorte (contratto estimatorio/conto deposito), emette direttamente le richieste di reintegro delle scorte centrali, secondo i parametri logistici concordati con le farmacie.
Nel progetto venivano poi previste altre interessanti modalità operative, quali l'attivazione degli armadi informatizzati o sistemi alternativi di monitoraggio dei flussi in reparto e l'introduzione di una penna ottica che permette di effettuare carichi e scarichi in relazione al ciclo di terapia.

Oltre alla predisposizione di un piano di fattibilità organizzativa e gestionale, la CIA ha poi predisposto un *business plan* (piano di fattibilità economico finanziaria), basato sulla proprietà delle scorte da parte dell'operatore logistico.
Nella successiva Tabella 4 vengono riportati i risultati del *business plan* "a regime"; di particolare interesse è il confronto tra risparmi attesi pari a circa 9 milioni di Euro con i costi legati alla esternalizzazione ad un operatore logistico privato pari a 5,3 milioni di Euro.
Significativi sono anche i risparmi collegati alla mancata messa a norma dei magazzini delle aziende sanitarie coinvolte, che viene direttamente presa in carico dell'operatore logistico.

Tabella 4 - *Business plan* del centro logistico

Risparmi	A regime (Euro)
Minori consumi	4.906.341
Riduzione giacenze	929.622
Costi di magazzino	103.291
Costi di trasporto	377.014
Processo amministrativo(1)	284.051
Personale di farmacia(2)	1.766.283
Costi di reparto	645.571
Riutilizzo spazi e attrezzature	da definire
Totale risparmi	**9.012.173**
Compenso Outsourcer	3.615.198
Margine operativo lordo	**5.396.975**
Investimenti	1.074.230
Minori costi di messa a norma magazzini	1.069.066

(1) amministrativi di farmacia – gestione ordini; a parte vengono considerati i risparmi derivanti dalla gestione fatture
(2) operatori tecnici, farmacisti e ausiliari di farmacia

I minori consumi derivano dalla riduzione degli sprechi conseguenti alla difficoltà di monitorare gli armadi di reparto, con gli strumenti attualmente disponibili. La CIA ha stimato questi risparmi in 4,9 Milioni Euro, pari al 5,0% del valore del materiale centralizzato (98 milioni di Euro), da conseguire tramite l'informatizzazione dei flussi di reparto, rivolta, secondo il metodo ABC delle scorte, a quei prodotti che rappresentano l'80,0% del valore complessivo.
Significativi sono anche i risparmi conseguiti grazie alla riduzione degli *stock*, che vengono gestiti dal Centro logistico unico e alla diminuzione dei costi amministrativi (gestione ordini e gestione fatture).
Il progetto incide sensibilmente sul modello organizzativo e di funzionamento delle farmacie ospedaliere, oltre a comportare una riduzione di costi pari a circa 1,7 milioni Euro, legata al risparmio di tempo da parte dei farmacisti e alla diminuzione dei carichi di lavoro per operatori tecnici e ausiliari, a seguito dell'esternalizzazione di parte della attività.
In parallelo al progetto di attivazione del centro logistico sono state condotte due sperimentazioni.

La prima, condotta dalla AUSL di Imola, è relativa all'informatizzazione degli armadi farmaceutici di reparto; ha visto l'adozione di specifici pacchetti applicativi e di PC palmari per le UO coinvolte nella sperimentazione, basati sulla lettura dei codici a barre dei prodotti.
La sperimentazione, condotta a regime in 4 reparti per tre mesi, ha consentito di dimostrare la fattibilità tecnica e organizzativa del sistema. I software sviluppati sono infatti risultati adeguati per il monitoraggio dei flussi e il sistema è stato largamente utilizzato senza difficoltà dagli operatori di reparto.
Il secondo progetto è stato gestito dalla AUSL Città di Bologna in cui è stata attivata, a partire da gennaio 2002, una sperimentazione sulle modalità gestionali inerenti al contratto estimatorio, con uno dei principali fornitori di farmaci, al fine di valutarne impatti organizzativi e misurare i risparmi conseguibili dal ripristino automatico delle scorte e dalla fatturazione periodica.
Infine terza e significativa area di attività della CIA è rappresentata dall'attivazione nel 2003 della Commissione Terapeutica Provinciale (area del farmaco).
Tra le principali funzioni attribuite alla CTP vanno ricordate la redazione e l'aggiornamento del prontuario unico dei medicinali in uso, la definizione dei criteri e delle modalità per le richieste di inserimento dei principi attivi nel prontuario, la predisposizione della lista dei principi attivi e le correlate modalità di gestione, la valutazione delle equivalenze terapeutiche dei principi attivi, necessaria per l'individuazione dei gruppi terapeuticamente omogenei.
La CIA inoltre prevede, tra le attività future, la creazione di un'analoga commissione sui Dispositivi Medici al fine di aumentare il livello di standardizzazione all'interno delle commissioni tecniche di gara.
Al termine della presentazione dell'esperienza della CIA, è sicuramente utile spendere alcune considerazioni sulle criticità incontrate e sulle prospettive future.
Sul primo punto va ricordata la conclusione del progetto sull'operatore logistico; nel novembre 2003, la gara è stata aggiudicata ad un Raggruppamento temporaneo di imprese (Raggruppamento temporaneo di imprese formato da Fiege Goth, Farmanova, Medical Plaza, ATS), che ha presentato un'offerta di 4,1 milioni di Euro, superiore al compenso previsto per l'*outsourcer* nel business plan (3,6 milioni di Euro); il progetto presentato è stato giudicato molto positivamente per soluzioni interessanti relative all'informatizzazione dei reparti e alla creazione di una farmacia centralizzata per l'area metropolitana.
Tuttavia la decisione finale è stata quella di non aggiudicare, poiché i costi erano superiori a quelli preventivati. È da rilevare come l'attivazione di questa particolare attività sia valutata dagli operatori come "ad alto rischio di impresa", specie a causa delle forti resistenze di alcuni *stakeholders* interni (in particolare dei farmacisti ospedalieri).
Questo può spiegare il gap fra i costi previsti e quelli offerti, in cui è incluso un margine più ampio legato ai tempi previsti per l'attivazione e i tempi medi di pagamento
Altri nodi critici fanno riferimento a difficoltà operative come le conseguenze della parziale standardizzazione degli aspetti giuridici del capitolato speciale sui comportamenti delle singole aziende, la difficoltà di scegliere e individuare i componenti dei gruppi tecnici e delle commissioni tecniche di gara e fattore non trascurabile, la difformità nei tempi di pagamento tra le aziende sanitarie.

Molti punti di debolezza sono direttamente riconducibili al nodo di fondo legato all'assetto istituzionale e alla formula gestionale della CIA, ossia la mancanza di obbligatorietà all'adesione all'unione di acquisto. L'adesione è discrezionale e la mancata adesione non deve neppure essere motivata.
All'assenza di obbligatorietà si accompagna la difficoltà di coordinamento nella fase di gestione del contratto, con alcuni casi che hanno visto, all'atto dei primi rinnovi, alcune Aziende decidere di non rinnovare la fornitura di alcuni lotti all'aggiudicatario.
Ovviamente questi nodi critici potranno condizionare i possibili sviluppi futuri della CIA orientata a:

- svolgere la gestione completa di tutto il processo d'acquisto tramite delega delle aziende sanitarie (gestione parte amministrativa della procedura concorsuale, gestione contratti con i fornitori, unificazione dei processi di ordine e liquidazione delle fatture);
- estendere la centralizzazione degli acquisti e della logistica al materiale economale;
- monitorare, controllare e valutare l'attività dell'operatore logistico.

Infine nella Tabella 5 si presenta il quadro completo delle diverse aree di attività della CIA.

Tabella 5 - Le aree di attività della Centrale interaziendale di approvvigionamento

1	Istruttoria gare in unione di acquisto
2	Produzione documentazione gara in unione di acquisto
3	Analisi prezzi/qualità
4	Gestione gare in unione di acquisto
5	Marketing d'acquisto
6	Aggiornamento normativo e giuridico
7	Razionalizzazione della logistica dei beni sanitari
8	Collaborazione e supporto alla Commissione Terapeutica Metropolitana
9	Redazione del repertorio dei dispositivi medici di Area Vasta
10	Redazione reportistica periodica
11	Gestione budget di spesa

11.3 I Consorzi di area vasta in Regione Toscana: strategia, linee di intervento e modello organizzativo dell'area vasta Centro Toscana

L'analisi delle strategie di intervento, delle modalità di azione e delle performances del Consorzio Area vasta centro, che rappresenta, per dimensioni e risorse gestite, il Consorzio più importante della Regione Toscana[7], è stata svolta partendo da tre importanti documenti programmatici, che sono in ordine:

- piano programma di attività 2004 (dicembre 2003);
- rapporto sull'attività 2003 e programmazione 2004 (marzo 2004);
- piano programma operativo 2004, presentato a metà 2004.

[7] *Miolo, Vitali, Nuti (2003).*

Di particolare interesse è il *rapporto di attività 2003 e la programmazione 2004* in quanto contiene, come vedremo, un consuntivo dei risultati ottenuti nel corso del 2003, espressi in termini economici e quindi comparabili con quelli ottenuti dagli altri Consorzi di area vasta o da esperienze analoghe condotte a livello nazionale.
È importante ricordare a questo proposito che a tutt'oggi non è stata ancora condotta da parte della Regione Toscana, promotrice dell'esperienza dell'area vasta, un'analisi comparata sui risultati e le *performances* dei tre Consorzi regionali, analisi che verrà resa disponibile a fine 2004.
Il Consorzio area vasta ha definito, a partire dal 2003, un proprio programma di attività, (Linee di piano programma), in cui ha individuato un modello organizzativo e un insieme di azioni prioritarie.
Il piano programma è stato presentato per l'approvazione alla Regione Toscana e all'Assemblea del Consorzio, a cui partecipano le aziende sanitarie interessate.
Il piano programma 2003 si poneva come obiettivo la messa in atto di procedure d'acquisto per un valore di 196,4 milioni di Euro, pari al 48,0% del totale degli acquisti effettuati nel 2001 dalle aziende sanitarie aderenti.
Un primo preconsuntivo sull'attività svolta (novembre 2003) ha evidenziato l'attivazione di procedure d'acquisto per 111,5 milioni di Euro, a cui vanno aggiunte procedure d'acquisto non previste dal programma iniziale ed effettuate principalmente "per motivi di urgenza" pari a 32,5 milioni di Euro.
Il piano programma stimava inoltre l'effettuazione, entro fine 2003, di ulteriori gare di notevole rilevanza (farmaci, soluzioni infusionali, mezzi di contrasto) per altri 107, 4 milioni di Euro con un volume complessivo di acquisti centralizzati, pari a circa 250 milioni di Euro e largamente superiore all'obiettivo iniziale.
Il consuntivo 2003, contenuto nel rapporto di attività 2003[8], evidenzia risultati largamente superiori alle previsioni iniziali (quasi il doppio); il valore economico complessivo delle procedure negoziali indette direttamente dal Consorzio è risultato essere stato di 407,5 milioni di Euro, comprendendo sia le gare programmate (355,8 milioni di Euro) che quelle non programmate (51,7 milioni di Euro, si veda Tabella 6).

Tabella 6 - Le attività del CAV centro Toscana nel 2003

	Gare aggiudicate	Importo risparmiato	% risp.	Spesa pubblicazioni	Risparmio pubblicazioni	% risp.	Totale Risparmi	% risp. comp.
Gare aggiudicate (programmate)	65.843	3.204.059	4,87	118	259	218,57	3.463	5,26
Gare aggiudicate (non programmate)	31.529	1.213	3,85	53	30	57,04	1.243	3,95
Ulteriori risparmi rilevati	826					826		
Totale gare aggiudicate	**97.373**	**5.243**	**5,38**	**172**	**290**	**168,34**	**5.533**	**5,68**

Fonte CAVC a) 2004 dati in migliaia di Euro

[8] *CAVC a) (2004)*

A questi valori vanno aggiunti quelli risultanti dall'attività svolta dalle sezioni Acquisizione Beni e Servizi delle Aziende Sanitarie Area Vasta Centro, consistenti nella rinegoziazione di acquisti precedenti o nella effettuazione di acquisti a conclusione di procedure impostate nel corso del precedente anno 2002 per circa 68,8 milioni di Euro.
Va segnalato a questo proposito che la rinegoziazione e il completamento delle gare 2002 (acquisti ABS) spiegano il differenziale di risparmi conseguito nel corso del 2003.
Nella Tabella 7 vengono mostrati i risultati conseguiti nel corso del 2003; va segnalata la differenza tra i valori precedentemente presentati che fanno riferimento alle procedure avviate e i valori della Tabella che esprimono le procedure aggiudicate ai fornitori, ossia l'acquisizione effettiva di beni e servizi e l'esborso finanziario.
Confronti infraregionali e interregionali su valore degli acquisti e risparmi effettivi vanno quindi condotti sul dato dell'aggiudicazione; si segnala da subito:

- l'aggiudicazione di gare di acquisto per 97,3 milioni di Euro, programmate (65,8 milioni di Euro) e non programmate (31,5 milioni di Euro), rispetto alle procedure avviate, programmate e non programmate pari a 407 milioni di Euro;
- un risparmio medio, rispetto ad acquisti gestiti singolarmente dalle aziende sanitarie, sui 49 milioni di Euro aggiudicati pari al 5,3% ed in valore a 5,2 milioni di Euro; il risparmio complessivo ammonta a 5,6 milioni di Euro se si considerano i risparmi di spesa collegati alle mancate pubblicazioni.

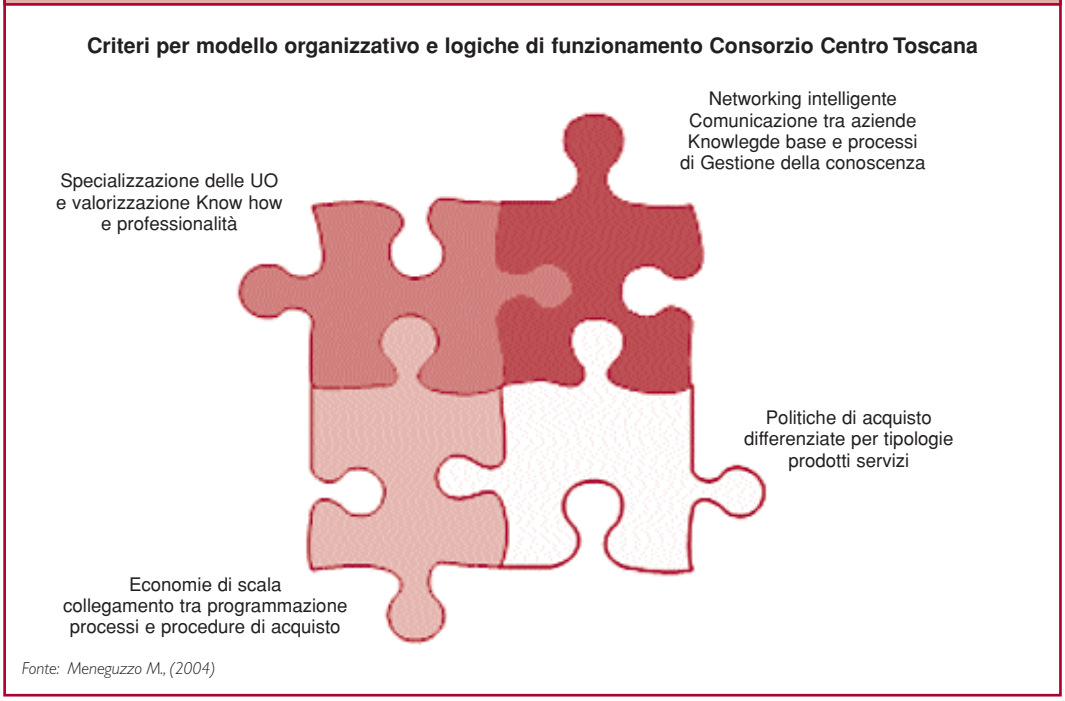
Come già anticipato punti di forza dell'esperienza dei Consorzi di area vasta sono rappresentati dallo stretto collegamento tra individuazione di linee strategiche e struttura organizzativa.
Il modello organizzativo del Consorzio area vasta si basa su quattro assi prioritari, rappresentati nella Figura 2[9] e che sono:

- l'ottenimento di un elevato livello di specializzazione delle diverse unità coinvolte nel Dipartimento acquisizione beni e servizi e la valorizzazione delle competenze, delle professionalità e delle conoscenze presenti nelle diverse aziende aderenti;
- la realizzazione di economie di scala tramite una efficace e tempestiva programmazione degli acquisti a livello di area vasta, vista dalla pianificazione sanitaria regionale, come dimensione ottimale per la razionalizzazione delle aziende sanitarie;
- una organizzazione a rete, simile al modello del "*networking* intelligente"[10], in cui siano previsti processi di elaborazione, trasmissione e distribuzione di informazioni tra le aziende consorziate e le stesse aziende siano coinvolte nel processo decisionale;
- l'attuazione di politiche d'acquisto diversificate in relazione ai prodotti/servizi da acquisire, utilizzando in alcuni casi il criterio del prezzo piu basso, o meglio, del costo complessivo più basso dell'approvvigionamento con successivi controlli sui risultati attesi ed in altri quello dell'offerta economicamente più vantaggiosa, per ottimizzare acquisti con costi totali.

Il "*networking* intelligente"[11], strategia adottata a metà degli anni '90 dai sistemi multio-

[9] *CAVC a) (2003)*
[10] *Meneguzzo M. (2000); Lega (2002).*
[11] *HCAB (2004); Meneguzzo M. (2000); Meneguzzo M., (2004).*

Figura 2 - Assi prioritari di intervento del Consorzio area vasta Centro Toscana



Fonte: Meneguzzo M., (2004)

spedalieri statunitensi, si caratterizza per il rafforzamento delle funzioni di coordinamento e governo strategico della rete formata dalle organizzazioni sanitarie e prevede specifici investimenti in professionalità, competenze, acquisizione di servizi esterni, *information* e *communication technology*.

Le strategie di creazione e consolidamento di *network* intelligenti si caratterizzano per elevati investimenti sugli *staff* centrali di coordinamento e governo, finalizzati alla formulazione e alla gestione della visione strategica, che dovrà governare lo sviluppo dell'intero gruppo e all'identificazione delle *best practices* da diffondere e disseminare all'interno della rete. In sintonia con questa logica sono alcuni progetti del Piano programma 2004 del CAVC, più avanti illustrati; ancora debole è l'orientamento di diffusione delle *best practices* interne al CAVC e alla rete delle aziende consorziate.

Nella prospettiva del *network* intelligente va sicuramente vista la continua e costante attenzione del CAVC a produrre informazioni sulla propria attività rivolte al complesso delle aziende consorziate (*stakeholders* interni) e agli *stakeholders* esterni (istituzioni pubbliche, fornitori), attraverso il potenziamento del sistema informativo e di comunicazione e l'attivazione di uno specifico sito web. www.consanita-centrotoscana.it

Il modello organizzativo del CAVC si ispira alla logica della "struttura leggera" con un nucleo minimo di personale ad elevata professionalità direttamente gestito (Amministratore unico, Segretario amministrativo e segreteria di direzione), e con un orientamento deciso alla valorizzazione delle risorse umane messe a disposizione dalle aziende consorziate.

Tabella 7 - Modello organizzativo CAVC per aree di specializzazione

Sez. Aziendale AUSL 3 Pistoia	Sez. Aziendale AUSL 4 Prato	Sez. Aziendale AUSL 10 Firenze
Beni di natura economale varia, compreso generi di vitto	Attrezzature sanitarie	Prodotti farmaceutici ed emoderivati
Attrezzature economati	Arredi	Acquisizione sistemi informatici
		Servizi generali
Sez. Aziendale AUSL 11 Empoli	**Sez. Aziendale AO Careggi**	**Sez. Aziendale AO Meyer**
Materiale diagnostico e prodotti di laboratorio	Dispositivi medico chirurgici e materiale sanitario vario	Prodotti sanitari specialistici

Nell'attuale fase il CAVC presenta un assetto organizzativo per ambiti specializzati di acquisto di beni e servizi, affidati, come mostra la Tabella 7, alle diverse "sezioni aziendali", che fanno capo al Dipartimento acquisti beni e servizi delle aziende consorziate.
Il CAVC non dispone attualmente di unità di *staff*; in prospettiva verranno potenziate alcune funzioni quali l'analisi dei fabbisogni e di standardizzazione dei beni e servizi acquisiti, attraverso l'adozione di prontuari per le nuove categorie merceologiche, le valutazioni di mercato, la possibilità di instaurare con i fornitori relazioni secondo la logica della *suppy chain*, la valutazione e il monitoraggio dei risultati, che potranno essere affidate a staff da creare ad hoc.
La dotazione organica attuale è formata da 5 dirigenti e 47 operatori, di cui 13 assegnati all'area delle attrezzature sanitarie, arredi e beni economati, 9 alle attrezzature informatiche, 13 ai prodotti e servizi per i laboratori di analisi, 16 per i dispositivi medici e pediatrici.
Particolarmente significativa è stata nel corso del 2003 e nel 2004 l'attività di formazione e aggiornamento del personale assegnato al CAVC, in stretto collegamento con le indicazioni della Regione che ha messo a disposizione un *budget* ad hoc per la formazione dei Consorzi di area vasta.
Le principali tematiche che sono state discusse e che verranno affrontate riguardano il sistema informativo e l'*information communication technology*, le logiche di *customer satisfaction* e le relazioni con i clienti interni, i sistemi di programmazione e controllo, i processi di acquisto di farmaci e di tecnologie sanitarie, il *marketing* d'acquisto.
Complessivamente sono stati messi a disposizione del CAVC 70.000 Euro, finanziati con risorse proprie e risorse trasferite dalla Regione.
Le linee di sviluppo futuro si caratterizzano nella trasformazione del CAVC in Centro servizi amministrativi e per assumere ambiziosi obiettivi quanto ai risultati economici.
Particolarmente rilevanti sono i *target* previsti per il 2004; il CAVC dovrà attivare procedure di gara per 233,4 milioni di Euro, considerando solo le negoziazioni superiori ai 30.000 Euro.

Sempre nel 2004 saranno di competenza del CAVC gli acquisti in economia che, una volta definito il regolamento consortile a garanzia dell'omogeneità di comportamento, verranno gestiti dalle sezioni consortili decentrate in stretto rapporto con le esigenze delle Aziende. Inoltre l'acquisto di attrezzature, riorganizzato seguendo le priorità e sottoposto alle direzioni Aziendali, prevede un totale a valore per 35,7 milioni di Euro, senza considerare le attrezzature e il materiale informatico.
Al CAVC competeranno anche gli acquisti per l'AO Meyer (attrezzature biomedicali, servizi alberghieri in *global service*, arredi fissi e mobili) per circa 19 milioni di Euro.
Il documento programmatico di *mid term* 2004 del CAVC individua quindi le azioni necessarie al processo di consolidamento della stessa azienda e al rafforzamento della capacità di intervento a "tutto campo", che caratterizza i Consorzi come Centri servizi amministrativi, in linea con le indicazioni regionali richiamate inizialmente.
Variabile importante del processo di consolidamento organizzativo è rappresentata dalla necessità di rafforzare la cooperazione interaziendale e la *partnership* interistituzionale tra lo stesso CAVC e le aziende consorziate.
A questo fine sempre maggiore rilevanza è stata attribuita al Gruppo di coordinamento consortile, formato dai Direttori Amministrativi delle 6 aziende sanitarie consorziate e dai vertici direzionali del CAVC (Segretario Amministrativo e responsabile Dipartimento Acquisti), con compiti di coordinamento, valutazione e controllo dei progetti.
Perni della fase di consolidamento sono i progetti, che possono essere distinti tra progetti a valenza interna e progetti volti allo sviluppo del *network* intelligente.
Tra i primi va sicuramente ricordato il ridisegno, basato su logiche di *process reingeneering* semplificate, delle procedure consortili e il loro raccordo con le procedure in essere presso le Aziende, finalizzato all'elaborazione di un manuale delle procedure, visto come strumento di condivisione dei tempi, percorsi e metodologie per migliorare il processo di acquisto.
Un secondo progetto è rivolto alle risorse umane e si occupa in particolare di individuare possibili interventi, utili a fini di motivazione del personale assegnato, con stretto riferimento alle logiche di comunicazione interna e alla riqualificazione del personale.
Un terzo progetto, mirato allo sviluppo delle competenze e all'inserimento di professionalità tecnico/sanitarie, necessarie per presidiare le varie fasi della procedura concorsuale, si basa sul potenziamento dei collegi Tecnici di Area Vasta e sulla valorizzazione dell'apporto dei vari professionisti (clinici, farmacisti etc.) alle Commissioni tecniche del CAVC, istituite per la predisposizione dei capitolati e per la valutazione delle offerte.
A valenza interna possono essere considerate alcune azioni progettuali tra cui:

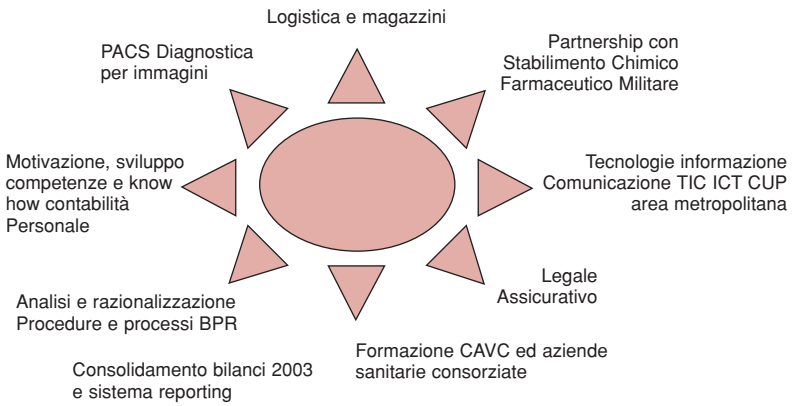
- il consolidamento dei bilanci 2003 e il *reporting*, che prevede l'attivazione a livello consortile una serie di flussi informativi e *reports* economico contabili per i soggetti soci e/o per la Regione Toscana;
- un programma integrato di formazione di area Vasta, che interessa il personale assegnato al CAVC, prevede la gestione unitaria dell'attività di formazione fino ad oggi di competenza delle singole Aziende Sanitarie, include specifici interventi per il personale impegnato nel processo di donazione/trapianto d'organi e valorizza l'iniziativa delle Aziende sanitarie consorziate che hanno coinvolto il CAVC nel progetto formativo "Il

laboratorio toscano per la tutela della salute";
- la gestione contabile del personale, nella prospettiva di una gestione integrata delle procedure e del *software* applicativo sugli stipendi.

In questa logica è stato avviato il quarto progetto sul coordinamento dei farmacisti, ritenuti figure critiche per il successo degli interventi del CAVC e che dovrebbe portare a proposte su sistemi incentivanti e sulla razionalizzazione dei percorsi interni e dei processi di approvvigionamento.

Passando invece ad esaminare i progetti volti a rafforzare il ruolo del CAVC come nodo strategico di un *network* intelligente (si veda Figura 3), tra le aziende sanitarie della Toscana centrale, va sicuramente ricordato il progetto PACS (alta tecnologia nel settore della diagnostica per immagini - *Picture Archive Communicating System*), che interviene su vari ambiti, dall'acquisizione delle risorse finanziarie aggiuntive, alla definizione e al monitoraggio degli *standards* per la comunicazione e l'integrazione dei sistemi ai diversi livelli (azienda, area vasta, Regione) alla più generale funzione di *project management* e *project evaluation*.

Figura 3 - I progetti del piano programma operativo Area vasta Centro 2004



Questa funzione viene svolta da un *gruppo decisionale* che vede coinvolti, oltre alla Regione, i vertici direzionali delle aziende consorziate e del CAVC e un *Gruppo Operativo* che presidia il livello operativo, considerando in particolare gli aspetti tecnici, funzionali, organizzativi, clinici ed economici connessi all'implementazione ed utilizzo del sistema RIS-PACS, armonizzando l'implementazione dei sistemi nelle singole Unità di Diagnostica per immagine dell'Area Vasta Centro.

Le aziende sanitarie consorziate, oltre ad essere coinvolte nei gruppi di coordinamento, attiveranno al loro interno gruppi di lavoro che vedono coinvolti i professionisti sanitari che operano nel settore della Diagnostica per Immagini, della Fisica Sanitaria, della Bioingegneria e dell'*Information communication technology* (*e health*).

Il progetto PACS è in corso di attivazione nel 2004 e dovrebbe vedere l'aggiudicazione

della gara alla azienda fornitrice nei primi mesi del 2005.
In linea con le indicazioni della Regione al CAVC è stata attribuita la realizzazione del CUP area vasta, progetto particolarmente ambizioso e che vede a livello nazionale, nelle aree metropolitane, formule gestionali molto differenziate, dalla creazione di società operative ad hoc, all'affidamento alle società di informatica regionale e all'*outsourcing* ad imprese private.
La scelta della Regione è stata di gestione diretta dei centri unici di prenotazione attraverso i CAVC, scelta che comporta il rafforzamento della cooperazione interistituzionale.
La descrizione del progetto sul CUP metropolitano consente di introdurre il progetto sulle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, che prevede la Progettazione della rete informativa/informatica dell'Area Vasta e la condivisione di una serie di dati per tutte le aziende consorziate.
Di particolare interesse in questo progetto è la proposta di adottare un prodotto OPEN - SOURCE, senza costi di acquisto e licenza, in base al quale le singole aziende consorziate dovranno valutare la possibile utilizzazione, indicando le proprie specifiche esigenze e necessità.
L'adozione di una procedura basata su logiche *open source* farà sì che miglioramenti alla procedura possono diventare patrimonio comune per tutti gli utilizzatori.
Altro progetto a valenza strategica per il network intelligente è quello della logistica, che ha visto il CAVC finora impegnato in una preliminare ricognizione della situazione logistica e dei magazzini dell'Area Vasta Centro.
Il progetto della logistica è particolarmente delicato anche in relazione all'esperienza della CIA dell'area metropolitana di Bologna che partita, con due anni di anticipo e ultimata l'aggiudicazione della gara, vede ora una fase di stallo (la delibera di aggiudicazione è stata – settembre 2004 – sospesa), legata al ruolo e alle pressioni esercitate dai diversi attori interni (sindacati, quadri e tecnici amministrativi, farmacisti ospedalieri, operatori sanitari) ed esterni (imprese fornitrici locali in primo luogo).
La scelta del CAVC è stata quella di muoversi con la massima gradualità, attivando in una prima fase progetti pilota (informatizzazione armadi farmaceutici) e di ricercare, attraverso una gara pubblica, una collaborazione qualificata per l'analisi e la progettazione esecutiva e per la gestione degli aspetti tecnici, collaborazione che dovrà operare in stretto coordinamento con le aziende consorziate.
Interessante a questo proposito è la proposta di sfruttare, nell'ipotesi di magazzino unico, le opportunità offerte dalla convenzione tra Regione Toscana e lo Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare per la sperimentazione di modelli innovativi di acquisizione, produzione e distribuzione di farmaci. Lo SCFM renderà disponibile la gestione di un magazzino automatizzato e di un sistema di comunicazioni in rete al fine di ottimizzare la logistica dei farmaci e dei dispositivi medici e collaborerà con il CAVC per la verifica di fattibilità sull'eventuale produzione di galenici magistrali e di farmaci con brevetto scaduto (generici, orfani, ecc.).
Altro progetto a valenza di rete è rappresentato dal coordinamento delle UO e dei professionisti che operano nelle aziende consorziate nell'area legale, con particolare attenzione al contenzioso del lavoro e amministrativo, alla tutela della *privacy*, alle coperture

Tabella 11 - Procedure di gara attivate dal CAVC nel 2003

Oggetto	Importo stimato all'indizione	Tipo gara*	Durata
Prodotti farmaceutici 260.147.939 Euro			
Specialità medicinali/Emoderivati/soluzioni infusionali	240.000.000,00	2	2 anni + 1
Gas medicali e tecnici	3.860.000,00	3	5 anni + 1
Ausili per incontinenza (pannoloni)	16.287.939,00	3	3 anni
Servizi 41.819.721 Euro			
Dialisi sistema extracorporea Motegrappa	6.126.000,00	3	4 anni
Dialisi assistenza limitata L. Signa	2.400.000,00	2	5 anni
Ossigenoterapia domiciliare	9.877.408,00	1	3 anni
Vigilanza	1.850.000,00	3	1 anno + 1
Servizi di mediazione culturale	450.000,00	3	3 anni + 1
Lettura ottica ricette	1.196.160,00	3	2 anni
Noleggi presidi antidecubito	2.045.000,00	6	2 anni
Abbonamenti riviste tecnico/scientifiche	744.500,00	3	1 anno + 1
Servizio pulizia	17.130.653,70	6	2 anni
Presidi medico/chirurgici e materiale sanitario vario 10.399.131 Euro			
Prodotti per cardiochirurgia inclusa CEC	1.868.400,00	3	2 anni + opz. Rinn. altri 2 anni
Materiale anestesia e rianimazione	6.000.000,00	3	2 anni + opz. Rinn. altri 2 anni
Protesi valvolari x Cardiochirurgia AO Careggi	1.164.800,00	3	2 anni + opz. Rinn. altri 2 anni
Ausili	28.829,88	7	2 anni
Ausili N.t.p.	1.337.101,13	3	2 anni
Materiale diagnostico e di laboratorio 12.128.900 Euro			
Provette	1.400.000,00		24 mesi
Radiofarmaci in vivo e kits freddi	1.640.100,00	3	3 anni + opz. Rinn. altri 2 anni
Radiodiagnostici	496.800,00	3	1 anno + 2
Mezzi di contrasto	8.592.000,00	6	2 anni
Materiale economale e alimentare 19.945.725 Euro			
Pellicole radiografiche	6.500.000,00	6	2 anni
Carburanti per autotrazione	510.460,29	6	18 mesi
Fornitura combustibili e servizio di gestione energetica e tecnologica impianti climatizzazione (gestione calore)	9.360.000,00	1	6 anni
Carni bovine, suine, avicole, conigli e salumi	3.575.264,77	6	2 anni
Attrezzature tecnico/sanitarie 10.826.620 Euro			
Fornitura mobili ed arredi sanitari e amministrativi da destinare alle strutture sanitarie e ospedaliere	6.960.000,00	3	
TAC/ecografi	2.800.000,00	3	
Tandem Massa (spettrometro)	450.000,00	3	
Sistema per telemetria	58.800,00	4	
Arredi Centro Trasfusionale	180.000,00	3	
Ecocardiografi	300.000,00	4	
Sequenziatore automatico monocapillare	77.820,00	5	
Attrezzature e materiale informatico 605.280,00 Euro			
Server	566.880,00	3	
Lettori ottici	38.400,00	4	
TOTALE complessivo	355.873.316,77		

* *Tipo gara: 1- asta pubblica, 2- appalto concorso; 3- licitazione; 4- procedura negoziata concorsuale; 5- procedura negoziale riservata; 6- rinegoziazione; 7- rinnovo/estensione*

assicurative, ai lavori pubblici.
Nella Tabella 11 si presenta il quadro di sintesi delle procedure di gare attivate dal CAVC nel corso del 2003, distinguendo le diverse tipologie di acquisti di beni e servizi (prodotti farmaceutici, servizi, presidi medico chirurgici e materiale sanitario, materiale diagnostico e di laboratorio, materiale economale e alimentare, attrezzature tecnico sanitarie, attrezzature e materiale informatico) e per tipologia di gara.
Va sicuramente sottolineato il peso determinante dei prodotti farmaceutici (più di 260 milioni di Euro) e dei servizi (41,8 milioni di Euro), rispetto ad altre aree di spesa a minore rilevanza.

11.4 Un primo benchmarking sulle esperienze analizzate

Il confronto tra l'esperienza del CAVC Toscana e della CIA dell'area metropolitana di Bologna, che dovrà in prospettiva essere esteso agli altri due Consorzi di area vasta toscani, è di particolare interesse; offre spunti significativi per capire la *performance* effettiva delle iniziative di ricentralizzazione delle funzioni acquisti e più in generale dei servizi amministrativi e fornisce preziose indicazioni ad altre Regioni che, a livello nazionale, sono interessate a mettere in atto progetti simili.

Tabella 12 - *Performances* ed attività a confronto (valori in milioni di Euro)

Indicatori risultato e Risorse gestite	CIA area vasta Bologna Ferrara	Consorzio area vasta Centro Toscana
Acquisti aggiudicati 2003	3,8	97,3
Risparmio medio %	- 14,0%	- 5,7%
Risparmio valore	0,5	5,5
Acquisti effettuati 2000 2003	85.9	
Risparmio medio %	- 7,0%	
Risparmio medio valore	3.8	
Previsione acquisti 2004	18,3	233,4
Risparmio Logistica	5,3	
Dotazione organica	6 unità	60* unità
Aziende sanitarie aderenti	5	4
Aziende	**AO Sant'Orsola AO Ferrara Ist Ortop Rizzoli**	**AO Careggi ospedaliere AO Meyer**
Integrazione logistica	Gara completata – stand by	Studio prefattibilità
Commissione terapeutica		
RIS PACS alta tecnologia		Gara in corso
CUP area metropolitana	CUP 2000 spa Bologna	Studio prefattibilità
Tecnologie sanitarie e manutenzione		Progetto intervento
Osservatorio prezzi		Revisione O.P. regionale

** di cui 52 provenienti dalle aziende consorziate*

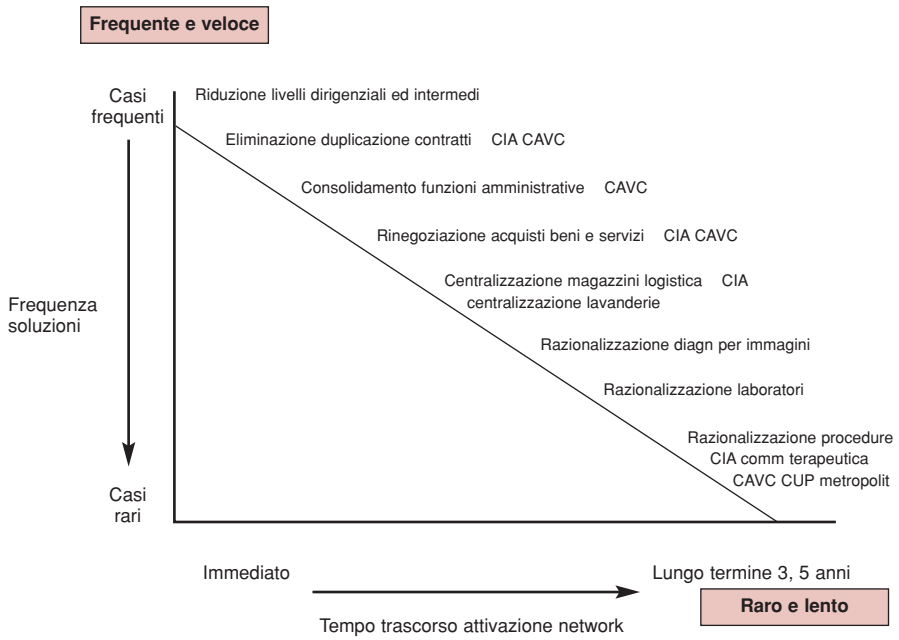
Fonte: elaborazione a cura di Meneguzzo M.

Prima e più significativa variabile di confronto è rappresentata dal valore dei beni e servizi acquistati in comune; il dato assoluto va sempre riportato al totale degli acquisti dei beni e servizi delle singole aziende sanitarie aderenti e/o partecipanti.
La CIA di Bologna, che agisce secondo una logica di rete "volontaria", presenta un volume di acquisti aggiudicati per il 2003 pari al 5,0% circa della CAVC di Firenze che si caratterizza come rete formale istituzionale; il gap rimane costante se si considerano gli acquisti programmati per il 2004.
Questo differenziale trova una importante spiegazione se si guarda al rapporto tra valore degli acquisti in gruppo e valore totale degli acquisti delle aziende sanitarie aderenti e/o consorziate; il CAVC di Firenze copre ormai più del 50,0% degli acquisti delle aziende sanitarie fiorentine, proprio per la formula istituzionale adottata.
Una trasformazione dell'assetto istituzionale e della logica operativa della CIA verso modelli che limitano la discrezionalità nei comportamenti di acquisto delle aziende potrebbe sicuramente rappresentare un deciso salto di qualità nei risultati di attività.
Le *performances* economiche e in particolare il dato sui risparmi consente di fare un immediato confronto con i risultati conseguiti in altri sistemi sanitari a seguito dell'attivazione delle strategie di intervento definite come *mantenimento delle politiche correnti*, ossia interventi caratterizzati dall'essere a costo zero (o a costi contenuti) per la rete di organizzazioni sanitarie coinvolte e finalizzati allo sfruttamento delle capacità operative e gestionali esistenti[12].
Tra questi interventi, notevole rilievo assume la rinegoziazione dei contratti di acquisto di beni e servizi, che accomuna le strategie di intervento seguite dalla CIA di Bologna e dal CAVC di Firenze.
Nel contesto statunitense i risparmi conseguiti a seguito della rinegoziazione dei contratti di acquisto variano tra l'1,5% e il 4,0% del totale dei costi[13]; le *performances* conseguite nelle due esperienze analizzate presentano valori sicuramente apprezzabili.
Infatti per la CIA emiliana i risparmi in percentuale ammontano al 14,0% sul totale degli acquisti nel 2003 e in media del 6,0% nel triennio in piena sintonia con il 5,7% del CAVC di Firenze.
I risultati conseguiti dai sistemi multiospedalieri statunitensi, quanto a sinergie di rete, possono inoltre servire come termine di paragone per valutare altri interventi che consorzi/associazioni e società operative, messe in atto dalle aziende sanitarie, potranno conseguire anche in altri ambiti.
Ad esempio i risparmi conseguiti a seguito della messa in comune delle funzioni di supporto (amministrativo, logistico e alberghiero) sono stati stimati nell'ordine del 3,0 - 3,5%; anche in questo caso occorre ricordare il valore assoluto del risparmio del progetto Logistica della CIA bolognese pari a 5,3 milioni di Euro.
Infine la riduzione dei livelli manageriali e la razionalizzazione nell'utilizzo del personale

[12] *Meneguzzo M. (2000); Lega (2002).*
[13] *HCAB (1995).*

vengono quantificati, sempre nel contesto statunitense, intorno al 4,5% del totale dei costi; finora in entrambe le esperienze esaminate non sembrano essere stati condotti interventi significativi sulla dotazione di organico.
Da sottolineare, a questo proposito, guardando la dotazione di personale nelle due esperienze, il mantenimento del rapporto 1 a 10, tra CIA e CAVC, del tutto coerente con il rapporto tra i valori che esprimono le gare aggiudicate e i risparmi conseguiti.
Altre due rilevanti considerazioni emergono dal confronto delle esperienze.
La prima riguarda i soggetti istituzionali coinvolti; in entrambi i casi prevalgono, se non dominano, le aziende sanitarie e ospedaliere, mentre non si prevede il coinvolgimento delle strutture sanitarie private (cliniche, case di cura) o delle strutture di lungodegenza e in generale sociosanitarie (case di riposo), sull'esempio di quanto sta succedendo in altri paesi europei come Germania federale e Svizzera.
La seconda riguarda le possibili scelte di diversificazione adottate dai centri che gestiscono acquisti di gruppo e servizi amministrativi; infatti in numerose esperienze a livello internazionale si è partiti dall'acquisto di beni e servizi, per arrivare a svolgere in modo unitario servizi generali utilizzati a livello di rete (consulenza legale, marketing e relazioni esterne, pubblicità e relazioni istituzionali - *memberships*), i servizi logistici, tecnici e alberghieri (lavanderia, *material management* e trasporti interni, telefono e telecomunicazioni, sicurezza e sorveglianza, manutenzione edifici e impianti, pulizia, mense e *catering*,

Figura 4 - Interventi adottati, strategie *networking* e strategie esplicite CIA e CAVC



Fonte: Rielaborazione autore da HACB (1995), Meneguzzo (2000) e (2004)

spazi verdi e parcheggi)[14].

In alcuni casi ci si è poi spinti sui servizi di supporto sanitario (farmacia, laboratorio, diagnostica per immagini, consulenze sanitarie, blocco operatorio e aree attrezzate chirurgiche).

Nella Figura 4 viene illustrato il principale risultato che emerge dall'analisi delle esperienze empiriche; infatti le azioni, messe in atto dalle aziende e organizzazioni sanitarie per conseguire sinergie ed economie di scala possono essere classificate in base alla loro frequenza riscontrata empiricamente e ai tempi necessari per la loro effettiva implementazione[15].

Interventi più frequenti e a maggiore rapidità attuativa sono costituiti dalla riduzione e semplificazione delle posizioni manageriali e dei ruoli intermedi tecnico amministrativi. A queste seguono la razionalizzazione di alcune attività di supporto come le consulenze gestionali e informatiche, le spese promozionali e pubblicitarie e le consulenze legali.

Altri interventi sono poi rappresentati dall'unificazione e dalla successiva riorganizzazione dei servizi amministrativi e dei servizi tecnico economati (lavanderia e magazzini) e la rinegoziazione dei contratti di acquisizione di beni e servizi.

La CIA, come rete volontaria, si è concentrata sugli acquisti, sulla logistica e su un'area, rappresentata dalla Commissione terapeutica metropolitana, che rappresenta un'azione a tempi attuativi medi e non frequente, riconducibile all'ambito della razionalizzazione delle procedure complesse e di *routine*.

La CAVC ha seguito una strategia di diversificazione sicuramente più incisiva, anche perché operante su logiche più istituzionali, con interventi che riguardano l'eliminazione e la duplicazione dei contratti, la rinegoziazione dei contratti di acquisto, il consolidamento delle funzioni amministrative (legale, assicurativa, *information communication technology*), la centralizzazione dei magazzini e, nel caso del CUP metropolitano, le procedure complesse e di *routine*.

Per le diverse aree di intervento previste dovrà essere effettuata una valutazione delle *performances* complessive del Consorzio, che colleghi secondo una logica di *balanced scorecard*, dimensione economica, capacità di innovazione, sviluppo del *know how* aziendale e valorizzazione delle risorse umane e soddisfazione dei clienti interni; questa indicazione rappresenta la considerazione finale di questo lavoro e costituisce ambito di ricerca e riflessione per capire l'effettiva portata degli interventi di ricentralizzazione regionale.

[14] *Meneguzzo M., (2000).*

[15] *HCAB (1995); Meneguzzo M., (2000).*

Bibliografia/References

Buccoliero L. Meneguzzo M. (1999) *Allearsi per comprare. Politiche di acquisto dei network di aziende sanitarie* EGEA

Cuccurullo C. Meneguzzo M. (2003) *Ricentralizzazione delle Regioni e autonomia delle aziende sanitarie: le tendenze in atto nell'era del federalismo sanitario,* Rapporto CEIS sanità Università Roma Tor Vergata, Ed. Gruppo Italpromo Roma.

Centrale interaziendale approvvigionamento prodotti farmaceutici ed altro materiale sanitario Area vasta Bologna Ferrara – Relazione di attività 2000 – 2003

Consorzio Area vasta Centro a) *Bilancio di previsione e contributi delle aziende 2004 dicembre 2003*

Consorzio Area vasta Centro b) *Proposta di piano programma di attività dicembre 2003*

Consorzio Area vasta Centro a) *Rapporto sulla attività del 2003 e programmazione del 2004 marzo 2004*

Consorzio Area vasta Centro *Bilancio di previsione e contributi delle aziende 2004*

Health care Advisory board *Network advantage* HCAB, Washington 1995

Lega F. (2002) *Gruppi e reti aziendali in sanità* EGEA

Meneguzzo M (2003) *Le reti sanitarie multiospedaliere e multiservizi: esperienze e prospettive di sviluppo nelle aree metropolitane* in Drindin N. (a cura di) *Cooperazione e competizione nel sistema sanitario* Il Mulino

Meneguzzo M. (2000) *Il terreno della innovazione organizzativa: le reti sanitarie multiospedaliere e multiservizi* in Bergamaschi M. *L'organizzazione delle aziende sanitarie* McGrawHill

Miolo Vitali P. Nuti S. (2003) *Ospedali in rete e rete di ospedali: modelli ed esperienze a confronto*

Osservatorio di change management in sanità Scuola superiore Sant Anna Franco Angeli Normann R (1995), Ramirez R. *La costellazione del valore*, ETAS Libri.

Regione Marche ASUR – *Cantiere ASUR: le azioni strategiche 2004*

Regione Toscana Direzione generale Diritto alla salute e politiche di solidarietà *Disposizioni operative in esecuzione Deliberazione 144/2002*

Soda G. (1998) *Reti tra imprese Modelli e prospettive per un teoria del coordinamento tra imprese* Carocci Editore.

www.consanita-centrotoscana.it

Capitolo 12

Dalla strategia all'azione e alla rendicontazione: la Balanced Scorecard e il bilancio sociale nelle aziende sanitarie

Frittoli G.[1], Tanese A.[2]

12.1 Introduzione

di *Frittoli G., Tanese A.*

Il nostro contributo si propone di approfondire due temi che recentemente riscontrano grande interesse nel mondo sanitario e che sono oggetto di sperimentazione in aziende e sistemi sanitari regionali fortemente orientati all'innovazione organizzativa e gestionale.

Il primo riguarda l'utilizzo della *Balanced Scorecard* come metodologia manageriale in grado di collegare il perseguimento delle finalità istituzionali dell'azienda a un sistema di definizione di obiettivi e di misurazione dei risultati finalizzato al controllo strategico. Pur essendo di derivazione anglosassone e inizialmente centrata sulle imprese, la *Balanced Scorecard* appare come uno strumento utile anche al contesto sanitario pubblico italiano, a condizione di adattarlo alle specifiche caratteristiche delle aziende sanitarie e dando ad esso una forte valenza di comunicazione interna e di apprendimento organizzativo.

Il secondo ambito concerne la ricerca di nuove forme di rendicontazione da parte delle aziende sanitarie della propria capacità di attuare il mandato istituzionale. Si parla in alcuni casi di

[1] *Amministratore Delegato Join Sanità.*

[2] *Professore a contratto di Organizzazione e marketing aziendale, Facoltà di Scienze Sociali, Università di Chieti-Pescara.*

From strategy to action to reporting: The Balanced Scorecard and the social balance in health-care enterprises

Frittoli G.[1], Tanese A.[2]

Summary

The present contribution analyses the application to the Italian public health-care system of two new instruments. The first is the Balanced Scorecard (BSC), a managerial methodology capable of tying the pursuit of an enterprise's institutional goals to a system that determines objectives and measures results, all in the interests of strategic control. The second is the social balance, a supplementary procedure to the traditional economic-financial balance-sheet, designed to illustrate to stakeholders the "value" produced by the enterprise.

The aim is to reach a better understanding, on the basis of past experience, of the significance and usefulness of these two instruments.

The BSC is not merely an instrument of measurement, much less a simple software application. Its creators intended the BSC to be a management instrument with which to fill the gap between strategic planning and the operational achievement of strategic objectives.

Use of the BSC for health care can provide a response to the growing complexity of the sector (competition, reduction in available resources); in particular, it makes it possible to focus monitoring not only on the economic aspects of the activities, but on their quality as well.

This contribution presents the case history of the Local Health-Care Enterprise of Bologna, where "reconciling the growth and the quantitative and qualitative development of health-care offerings with economic balance by exploring appropriate services", the Key Performance Areas (KPA) have been identified and strategic maps have been drawn up at 11

bilanci di mandato, in altri di bilanci di missione e in altri ancora di bilanci sociali per le aziende sanitarie. Pur con le dovute differenze tra le diverse forme, che avremo modo di approfondire, si tratta dei primi tentativi di applicare al contesto delle aziende sanitarie le logiche e i principi della rendicontazione sociale. In altri termini, il bilancio economico-finanziario tradizionale comincia ad apparire come scarsamente significativo per rendere conto del "valore" prodotto dall'azienda e, più in generale, della sua capacità di perseguire le finalità istituzionali soddisfacendo le attese dei legittimi portatori di interesse (i cosiddetti *stakeholder*). Il tema è di grande attualità e di grande fascino, e riguarda tutto il contesto della Pubblica Amministrazione italiana. Il nostro obiettivo sarà quello di focalizzare l'attenzione su quanto sta avvenendo in alcune aziende e Regioni, per chiarire la natura, il significato e le possibili modalità applicative della rendicontazione sociale in ambito sanitario.

I due temi (*Balanced Scorecard* e rendicontazione sociale), pur essendo metodologicamente e operativamente distinti, si collocano tuttavia a nostro avviso all'interno di un unico e più ampio contenitore, che consiste nell'esigenza emergente nel contesto sanitario di uscire da una logica aziendale troppo focalizzata sul controllo dei costi, integrandola con nuove modalità di valutazione delle *performance* e integrandola con misurazioni del grado di perseguimento delle finalità istituzionali. Se la *Balanced Scorecard* appare uno strumento più orientato all'interno, per introdurre meccanismi di programmazione e controllo strategico che tengano conto – come vedremo – di una pluralità di dimensioni (non solo i risultati economico-finanziari, ma anche la soddisfazione del "cliente", l'apprendimento organizzativo e il miglioramento dei processi aziendali), l'elaborazione di bilanci di mandato, sociali o di missione sembra più rispondere ad un'esigenza di trasparenza e di comunicazione verso l'esterno, sia verso la "proprietà" (la Regione, come principale livello di *governance*), sia verso una pluralità di altri soggetti pubblici e privati.

Siamo ancora in una fase iniziale e di prima sperimentazione in entrambi i casi. Per questo motivo la trattazione che segue non potrà che limitarsi a mettere in evidenza gli spunti interessanti e le possibili prospettive applicative di queste nuove metodologie al contesto sanitario, a partire dalle prime esperienze in atto, senza voler pervenire ad una definitiva trattazione. Sarà compito e interesse di chi scrive portare avanti la ricerca e monitorare il fenomeno nei prossimi anni, in un ambito (quello della

Operating Units.

The article points to the possible risks and advantages connected with the use of the BSC in health care. One potential problem is the difficulty of drawing up a strategy or, on the contrary, the tendency to rigidly adopt an overly sophisticated system that proves too consistent with the formalised strategy, which may not coincide with the "emerging" strategy. Another potential problem is lack of involvement on the part of upper management.

In reality the BSC should be viewed as a tool of continuous learning, or of learning by doing. Another development of particular interest for the Italian public health-care sector is the recent introduction of the topics of responsibility and social reporting. While the traditional balance-sheet is able to indicate how the enterprise's economic and financial resources have been utilised, through both forecasts and final tallies, it would not appear capable of communicating the "value" produced by the enterprise in terms of benefits for the general public and for the individual stakeholders. To use a play on words, the balance-sheets "provides the accounts" of the enterprise, but does not make it possible to "account" to the citizens as regards the decisions made, the initiatives carried out and the results achieved.

In light of the above, a number of health-care enterprises are experimenting with another instrument entitled the social balance or the mission balance.

Some say that this development could be viewed as the application to the health-care sector of the principles of Corporate Social Responsibility (CSR) referred to in the Green Paper of the EU Commission and of significant relevance to the world of business. The article proposes a different interpretation. In fact, while social reporting plays a residual role for businesses, in the public sector it provides the underlying key of analysis. The balance of a

misurazione e della rendicontazione dei risultati nelle aziende sanitarie in un'ottica strategica) che si preannuncia oggi in forte evoluzione.
Il testo seguirà un percorso lineare. Nel primo capitolo, dedicato alla *Balanced Scorecard*, cercheremo di spiegare cos'è ma anche "cosa non è". Approfondiremo poi le modalità operative di implementazione dello strumento e, attraverso l'analisi di esperienze straniere e nazionali (desunte dalla letteratura scientifica, da interviste e dall'esperienza diretta), evidenzieremo gli aspetti comuni (necessità, motivazioni, prerequisiti) e quelli più critici della sua applicazione.
Il secondo capitolo sarà invece dedicato a tracciare un quadro teorico e una prima valutazione delle esperienze in atto sul tema della rendicontazione sociale nel sistema sanitario italiano. L'argomento sarà affrontato anche tenendo conto del più ampio panorama istituzionale pubblico e privato in cui oggi il tema della responsabilità sociale di impresa si colloca. Successivamente saranno analizzate le prime esperienze in atto di bilancio sociale e bilancio di missione nelle aziende sanitarie e le loro più interessanti implicazioni in fase di applicazione.
Le conclusioni consentiranno di ricondurre la trattazione dei due capitoli ad alcune riflessioni di sintesi e di formulare ipotesi di ricerca e di sperimentazione valide per il prossimo futuro.

12.2 La *Balanced Scorecard* per le aziende sanitarie

di *Frittoli G.*

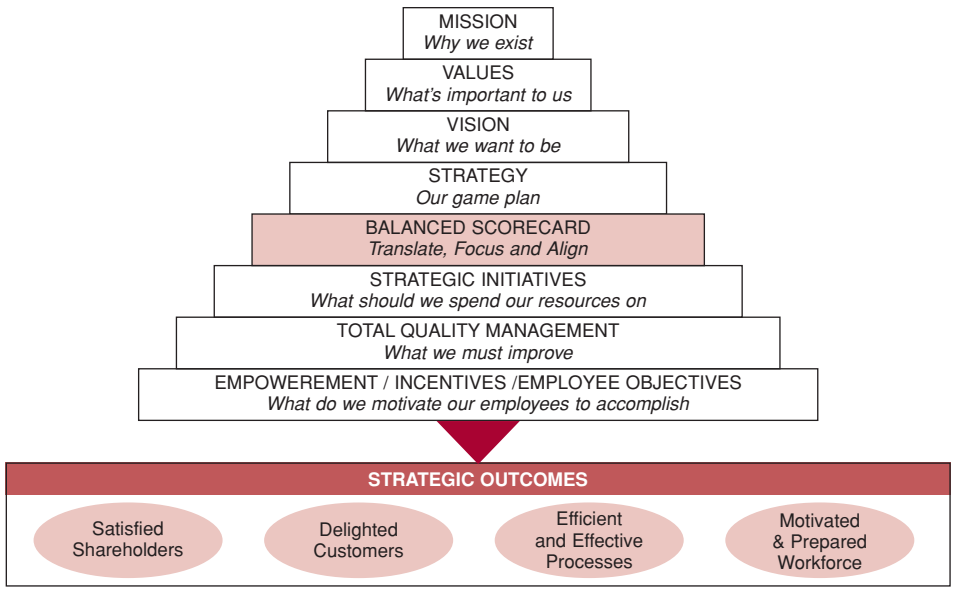
12.2.1 Cos'è e cosa non è la Balanced Scorecard

La *Balanced Scorecard* (d'ora in avanti BSC) è una metodologia che unisce un approccio manageriale alla misurazione delle *performance* aziendali (il *performance measurement, strategic management*) con la gestione dei comportamenti organizzativi correlati al controllo delle prestazioni. È stata ideata dagli statunitensi Robert Kaplan e David Norton e dalla loro equipe già alcuni anni prima della pubblicazione dell'ormai famoso articolo apparso su Harvard Business Review "*The balanced scorecard – measures that drive performance*"[3].
La BSC ha, innanzitutto, il compito di focalizzare e permettere

[3] *Kaplan R, Norton D., (1992). Esiste una vasta bibliografia sull'argomento. In italiano il testo di riferimento può essere considerato R. Kaplan, D. Norton, Balanced Scorecard. Tradurre la strategia in azione, Isedi, Torino, 2000.*

public entity is "social" by definition, because the resources involved must be allocated for the production of value for the general public. In the case of a public health-care enterprise, providing a transparent "accounting" of its operations is a way of "rediscovering the citizenry" and the enterprise's sense of its own role.
The present contribution specifically analyses the case of the Local Health-Care Enterprise of Biella, which has drawn up the first social balance in the health care sector, and that of the Emilia Romagna Region, which intends to try out the mission balance with 6 enterprises in 2005. These different experiences confirm, on the one hand, the multiple objectives of the process of social reporting plus, on the other hand, the importance of linking this process to the enterprise's systems of planning and control, as well as to the procedures for learning and organisational change.
In conclusion, the BSC and the social balance would appear to be two instruments suitable for moving from strategy to action, and then to reporting. For a public health-care enterprise, which has no opportunity to test itself directly on the market, the performance evaluation systems tied to processes of social reporting make it possible to place on an institutional and relational level (relations with the stakeholders) a mechanism that otherwise runs the risk of becoming self-referential.

Figura 1 - La "Piramide Strategica"[5]



l'implementazione della strategia. Riprendendo le parole degli autori "…la *Balanced Scorecard* è la traduzione della strategia aziendale attraverso una serie coerente di misurazioni che definiscono gli obiettivi a lungo termine e i meccanismi per raggiungere tali obiettivi…"[4].

La strategia è tradotta operativamente nel raggiungimento degli *outcome* classificati con quattro "prospettive" che, nel modello iniziale, "classico" di Kaplan, pensato per le aziende industriali private, sono le dimensioni: economico-finanziaria, della clientela, dei processi interni e dell'apprendimento e crescita. Se questa è l'essenza della BSC, la sua dimensione di misurazione delle *performance* non ne riassume totalmente lo scopo.

La *Balanced Scorecard* è uno strumento che può servire per colmare quel gap tra strategia ed attività operativa integrandosi ed adattandosi ad un più largo processo di *management*. Ci riferiamo al processo che corre lungo quella che Kaplan definisce una "piramide strategica" che va dalla *mission* al raggiungimento degli obiettivi strategici dell'azienda (Figura 1).

Secondo i suoi ideatori, è necessario quindi inquadrare la BSC in un *framework* più vasto, ciò che loro definiscono una organizzazione orientata alla strategia (*strategy-focused*

[4] *Kaplan, Norton, (1996).*

[5] *Tratta dalla presentazione di Robert Kaplan al convegno svoltosi a Pieve di Cento il 2 dicembre 2003 dal titolo "Balanced Scorecard: nuovi sistemi per il governo delle aziende sanitarie".*

organization). Per realizzare questo, suggeriscono un percorso di attività sintetizzabile attraverso cinque principi[6], da intendersi come punti d'arrivo dell'azione della BSC stessa. La loro definizione, condivisa dal *management*, assume una importante e apprezzata (dagli operatori) sintesi comunicativa e fonte di apprendimento.
Il primo principio (*translate strategy*) prevede la declinazione traduzione della strategia in termini operativi, partendo dall'elaborazione di mappe strategiche e delle *Balanced Scorecards*. Tale aspetto è stato evidenziato dagli stessi autori, che hanno individuato nella costruzione delle mappe strategiche il fulcro della riflessione strategica e comunicativa che la BSC innesca all'interno delle aziende sanitarie[7]. La "mappatura" della strategia si basa su una attenta lettura ed eventuale preventiva revisione della *Mission* e della *Vision*, ovviamente declinate sulle responsabilità organizzative dell'articolazione di riferimento. Successivamente si individuano le cosiddette *Key Performance Areas* (KPA), vale a dire gli ambiti più importanti su cui misurare i livelli di *performance*, riconducendole all'interno delle prospettive individuate e correlandole tra loro da relazioni "gerarchiche":
1) prospettiva economico-finanziaria (*Financial Perspective*), le cui KPA dipendono dai risultati raggiunti nella prospettiva della clientela;
2) prospettiva della clientela (*Customer Perspective*), che contiene la proposta di valore per il cliente (*Customer Value Proposition*), resa possibile dalla *performance* nelle aree chiave della prospettiva dei processi aziendali interni;
3) prospettiva dei processi aziendali interni (*Internal Perspective*);
4) prospettiva dell'apprendimento e della crescita (*Learning and Growth Perspective*), alla base dell'albero causale. Essa determina gli obiettivi relativi ai sistemi informativi, al capitale umano e allo sviluppo organizzativo dell'azienda, i quali rendono possibili i risultati attesi nella prospettiva dei processi interni.
Il processo logico di sviluppo della BSC si realizza quindi nell'individuazione dei *Key Performance Indicators* (KPI), gli indicatori chiave che serviranno a monitorare il livello di raggiungimento delle *performance* definite per ogni KPA individuata o il raggiungimento delle specifiche iniziative operative per il l'ottenimento degli obiettivi.
Il secondo principio è "l'allineamento" dell'organizzazione alla strategia (*align the organization*), ovvero la diffusione a tutte le articolazioni dei risultati della fase precedente. Solitamente si definisce la BSC dell'intera azienda (*corporate scorecard*) per poi definire delle schede per le singole unità di *business*, che nel caso delle aziende sanitarie possono essere rappresentate dalle macrostrutture, dai dipartimenti e anche dalle singole unità operative. Questo percorso "a cascata" riduce le esigenze sui sistemi informativi e garantisce le priorità aziendali.
Il terzo principio consiste nel rendere la strategia il lavoro giornaliero di tutti (*make strategy everyone's job*) ed è forse uno dei punti fondamentali del modello BSC, poiché la creazione della cosiddetta *Strategic Awareness* (che potremmo tradurre come "interiorizzazione della strategia aziendale") all'interno dell'intera organizzazione rappresenta

[6] *Kaplan D., Norton P., (2001).*
[7] *Kaplan D., Norton P., (2004).*

forse la condizione fondamentale per il successo del progetto di BSC. Le modalità sono riassumibili nella comunicazione, nell'allineamento degli obiettivi personali agli obiettivi aziendali anche attraverso il collegamento con il sistema incentivante.
Il quarto principio è rendere la strategia un processo continuo (*execute leadership strategy becomes a continual process*): individua una delle finalità di fondo della metodologia BSC, che non va intesa come una singola attività di misurazione ma come la creazione di un sistema di miglioramento continuo e di apprendimento. Questo può avvenire attraverso l'integrazione con altri meccanismi operativi aziendali e la revisione sistematica del processo che attiene alla realizzazione della BSC.
Il quinto principio consiste nel mobilitare il cambiamento attraverso il coinvolgimento della leadership (*executive leadership*), che rappresenta il modo per garantire la necessaria legittimazione alla metodologia. La BSC è un modello culturale di orientamento e *accountability* riferito alla strategia ed è quindi necessario che sia fortemente legittimato e utilizzato in prima istanza dal vertice aziendale.
Le informazioni sulla BSC sono oggi diffuse e accessibili anche se è facile trovare inesatte interpretazioni della metodologia. Per chiarire eventuali dubbi è sempre opportuno leggere la fonte (Kaplan e Norton) piuttosto che articoli di sintesi di altri autori (compreso, ovviamente, quello che state ora leggendo!). Elencheremo quindi alcune considerazioni su cosa non è la BSC per meglio evidenziarne i caratteri peculiari.
Per prima cosa, la BSC non è solo uno strumento di misurazione. La misurazione non è altro che una leva del miglioramento, che entra in gioco dopo che le mappe strategiche sono state costruite e l'*outcome* strategico è delineato con una certa precisione.
La costruzione di una mappa strategica, la definizione dell'*outcome*, la sua larga accettazione e condivisione emergono oggi come i momenti fondanti della BSC, a più alto valore aggiunto per il meccanismo di apprendimento che innescano all'interno delle organizzazioni. Quindi la *Balanced Scorecard* non è solo un cruscotto di misurazione bilanciata disegnato per il *top management* per controllare alcune misure ritenute fondamentali. L'innovazione della BSC non risiede nell'ottica bilanciata, quanto piuttosto nei legami tra gli indicatori scelti e la strategia e nelle contestuali connessioni causa effetto che misurano le relazioni tra KPA.
Già in passato si sono affermati modelli di misurazione bilanciata[8] che, pur in un quadro logico differente e meno completo di quello della BSC, utilizzavano gli stessi indicatori scelti oggi in molte *scorecard*, e li organizzavano in prospettive come ad esempio i diffusi (quanto meno per il loro potenziale evocativo) *Tableau de Bord* o *cruscotti*.
La BSC non è un *software*. L'identificazione con applicazioni informatiche specifiche, spesso utili per una sua trasposizione grafica e comunicativa, si ricollega all'eccessiva enfasi sulla misurazione. La BSC si identifica con la fase del controllo, che può fornire maggior valore aggiunto se supportata da un adeguato sistema informativo e arricchita da strumenti avanzati di *business intelligence*.

[8] *Anthony R.N., Dearden J., (1994).*

12.2.2 Costruire una Balanced Scorecard

Come accennato, il primo passo per costruire una BSC è l'individuazione e la definizione delle *Key Performance Areas* (KPA) che rappresentano "…ciò che non si può assolutamente sbagliare…"[9].

Il secondo passo può consistere nel raggruppamento delle KPA nelle prospettive. Il numero e la tipologia delle prospettive va definito per ogni azienda, anche se spesso facilmente riconducibile alle quattro prospettive della BSC proposte da Kaplan per le aziende industriali (economico-finanziaria, della clientela, dei processi interni, dell'apprendimento). All'interno delle KPA selezionate sono poi individuati quegli indicatori che consentono di misurare il grado di raggiungimento degli obiettivi e monitorare i livelli di *performance*: i *Key Performance Indicators* (KPI). Questi devono essere ispirati ad un criterio di bilanciamento, coerente con la multidimensionalità della *scorecard* e alle tipologie di indicatori (di esito, di processo, di tendenza,…).

È evidente che tutto ciò che si misura può essere migliorato. In particolare, si dovrà capire quanto sono significative le misure di tendenza nel condizionare quelle di risultato, in modo da selezionare e affinare lo strumento. Inoltre si deve prestare attenzione a non commettere l'errore di dare scarsa profondità alla misurazione degli obiettivi, ossia a confondere un'azione o un comportamento che va "nella direzione" dell'obiettivo, con il raggiungimento dello stesso. La chiara articolazione tra indicatori di tendenza e di risultato aiuta a focalizzare questo aspetto.

Un elemento peculiare della BSC è dato dalla strutturazione logica di una correlazione tra le varie aree di *performance* individuate e collocate nelle diverse prospettive. L'architettura di ipotesi dovrebbe portare alla costruzione di una mappa logica che dia, allo stesso tempo, uno sguardo d'insieme sulle cose più importanti e rilevanti e sulle loro relazioni. Nella fase iniziale di costruzione è evidente che tali relazioni siano legate ad un processo d'intuizione. In tal senso, l'idea della mappa come rappresentazione grafica gioca un ruolo importante. All'interno di questa mappa è possibile visualizzare tutta la trama delle relazioni causali tra le aree, nell'ambito delle prospettive in cui si collocano.

Tutto ciò attiene ad un codificato approccio metodologico: ogni area può essere messa in relazione con le altre con l'immediatezza e semplicità dello strumento grafico, per mezzo di frecce che evidenzino la direzione dell'influenza tra il risultato di un'area e quello di un'altra. Le "frecce", vale a dire le relazioni di causa-effetto, dovranno essere nel tempo verificate e quantificate. Esistono degli strumenti specifici che, assegnando dei pesi, studiando le serie storiche delle correlazioni, cercano di capire la criticità delle aree, in relazione al sistema nel suo complesso.

Anche le prospettive che raggruppano le KPA sono correlate; Kaplan e Norton, nel modello più tradizionale, le collegano in senso gerarchico.

Per meglio comprendere questo punto, si può affermare che il patrimonio di potenzialità professionali e l'infrastruttura informativa (la prospettiva dell'apprendimento e della cre-

[9] *Baraldi S., Montaperto C., (2000).*

scita) dovrebbero essere alla base dei processi aziendali (prospettiva dei processi interni) che, a loro volta, contribuiscono a rendere operativa la strategia riguardante la clientela (*Customer Perspective*). Quest'ultima, infine, rappresenta fattori ad impatto diretto sui risultati economico-finanziari dell'attività.
Tale gerarchizzazione o consequenzialità delle prospettive si fonda su un sistema di ipotesi molto razionale nel mondo delle aziende industriali, ma non altrettanto in settori diversi, come in ambito pubblico e *non-profit*. In merito si può affermare che, mentre nel *for profit* il bilanciamento delle prospettive è perseguito come mezzo per un più efficace raggiungimento degli obiettivi economico-finanziari, nel settore pubblico la multidimensionalità deve servire proprio ad evitare di confondere gli obiettivi della misurazione con quelli di equilibrio economico-finanziario, che rappresentano una condizione fondamentale, ma pur sempre strumentale rispetto alla *mission* dell'ente.
La tempestività della risposta agli interrogativi sul peso relativo delle aree all'interno dell'architettura complessiva non è comunque così rilevante rispetto al coordinamento interno delle stesse, che ha un ruolo primario e fornisce un'idea della valenza strategica della KPA.
Infine tra gli elementi da evidenziare risulta fondamentale la definizione dell'architettura dei livelli organizzativi coinvolti e le correlazioni tra le BSC dei vari livelli organizzativi per creare un collegamento tra i risultati individuali e quelli dell'azienda, declinando tutti i passaggi intermedi.

12.2.3 L'applicazione dell'approccio BSC al contesto sanitario

Il ricorso alla Balanced Scorecard in sanità può essere favorito e incoraggiato da alcuni fenomeni caratteristci di questi ultimi anni:

- la risposta alla crescente complessità ambientale: competizione, vincoli nella quantità e qualità delle risorse disponibili;
- la necessità di un quadro logico di fondo per la selezione delle informazioni rilevanti per il *decision making* e la costruzione di un sistema informativo a supporto;
- il rischio focalizzazione al solo controllo della dimensione economica dell'attività, a discapito di quella qualitativa;
- la volontà di creare strumenti per l'*accountability* delle organizzazioni sanitarie e per favorire scelte informate da parte degli *stakeholders*[10];
- la necessità di modelli di controllo qualitativo multidimensionale;
- la strutturazione di modelli per la realizzazione di cruscotti d'analisi;
- la necessità di logiche per la reale ed efficace implementazione delle strategie e l'allineamento dell'intera organizzazione ad esse;
- la necessità di strumenti di comunicazione e coinvolgimento dei professionisti nel controllo della dimensione economica dell'attività, valorizzando quella clinica.

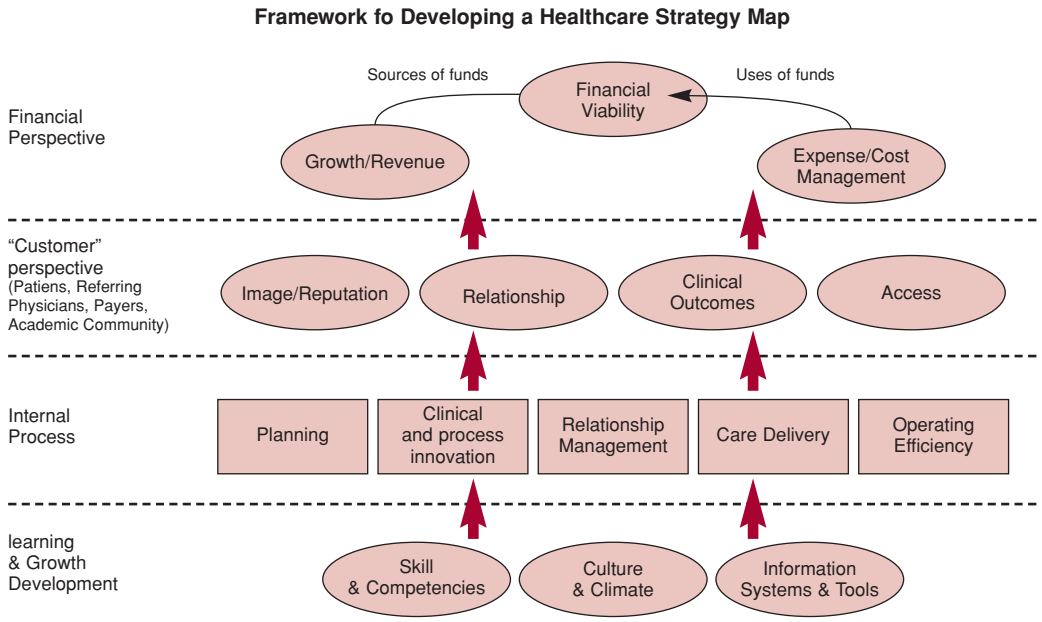
Nel contesto nordamericano, a seguito della crescente spinta al cambiamento sia sul versante costi che su quello della qualità del servizio, la BSC, come logica d'implementa-

[10] *Il tema sarà oggetto di specifica trattazione nel Capitolo 3.*

zione strategica, è apparsa immediatamente come un modello utile da cui trarre ispirazione, tanto più che aveva già dato buona prova di sé nelle aziende di servizi.
Nonostante la loro peculiarità, le esperienze di altri contesti possono aiutarci ulteriormente a capire se la BSC può fornire risposte valide alle aziende sanitarie italiane nell'affrontare la sfida della complessità.
Innanzitutto occorre precisare che il problema non deve essere posto in termini di rigida e mimetica applicazione di uno strumento. Come abbiamo già detto, la BSC non può essere vista come un mero sistema di misurazione o uno strumento informatico. Ma, soprattutto, occorre partire dalla premessa che la BSC è una metodologia tutt'altro che rigida. Una volta che ne siano state comprese le finalità e la razionalità di fondo, la flessibilità nelle concrete modalità di applicazione varia a seconda delle peculiarità aziendali. Anche qualora tra aziende sanitarie ci fossero delle similarità nelle strategie, sarebbe assurdo pensare che la loro implementazione possa essere la stessa e possa essere misurata con gli stessi indicatori. Ogni azienda, ogni strategia richiede una scheda di valutazione bilanciata differente e quindi le perplessità per un loro utilizzo secondo logiche di *benchmarking.*
Un ulteriore livello di flessibilità rispetto allo schema disegnato da Kaplan e Norton riguarda, come abbiamo già accennato, l'articolazione "gerarchica" delle quattro prospettive. Gli stessi autori hanno mostrato come sia possibile e necessario adattare le relazioni tra le prospettive alle peculiarità del settore d'attività e della singola azienda. In particolare, se è vero che in ambito strategico le organizzazioni pubbliche, o comunque *non-profit*, possono allargare lo spettro al di là dell'eccellenza operativa, proprio come le aziende a scopo di lucro, non è sempre realistica una trasposizione del modello BSC, nella sua forma canonica, nel loro contesto operativo.
Kaplan e Norton, partendo dall'ipotesi della non centralità degli obiettivi di carattere economico-finanziario per le organizzazioni pubbliche o *non-profit*, propongono di porre al vertice delle prospettive quella della clientela. Recentemente[11] Kaplan ha presentato un modello di riferimento per la sanità (Figura 2), focalizzato sulla sostenibilità finanziaria, interpretata nella forma di equilibrio tra fondi utilizzati e introitati, indipendentemente dalle fonti di provenienza. Tale architettura assume una sua validità anche nella sanità pubblica italiana, che peraltro sta sempre più assumendo le caratteristiche di un sistema concorrenziale su base regionale.
L'obiettivo è quello di tenere conto dell'esistenza di differenti portatori d'interessi e di bilanciare le possibili contraddizioni tra le differenti categorie di soggetti. Nello stesso modo si ottiene l'obiettivo di evidenziare il fatto che il versante economico-finanziario è una condizione di sostenibilità della *mission* nel lungo periodo, ma non coincide con le finalità fondamentali dell'organizzazione.
In conclusione una prima analisi sull'adattamento della BSC al contesto sanitario suggerisce possibili cambiamenti del *framework* logico della scheda, soprattutto dal punto di vista del ruolo delle prospettive nel sistema di relazioni causa/effetto. Un esempio è quel-

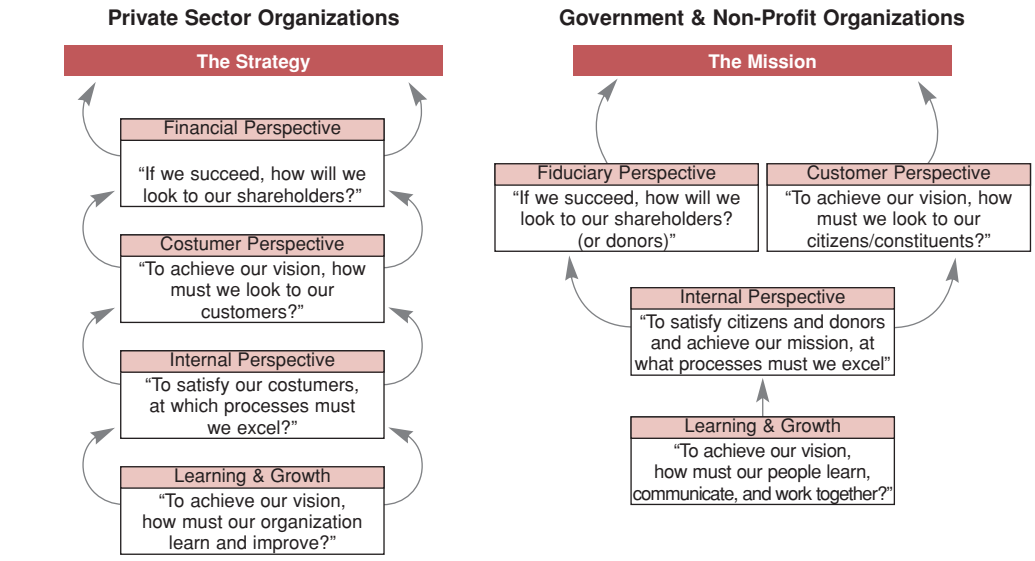
[11] *Cfr. nota 1.*

Figura 2 - Modello di sviluppo della mappa strategica per un'azienda sanitaria



Fonte: BSC Collaborative Inc., 2003

Figura 3 - Modelli di creazione del valore per lo sviluppo della BSC

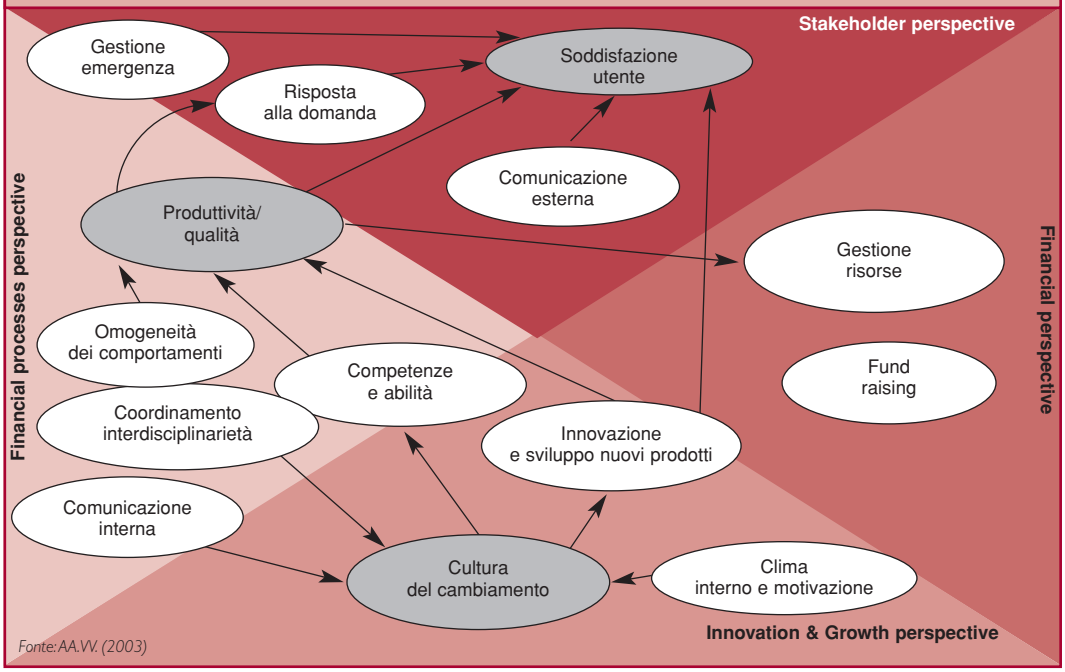


Fonte: BSC Collaborative Inc., 2003

Figura 4 - Prospettive della Ausl Bo Nord e loro rapporti "gerarchici"

Fonte: AA.VV. (2003)

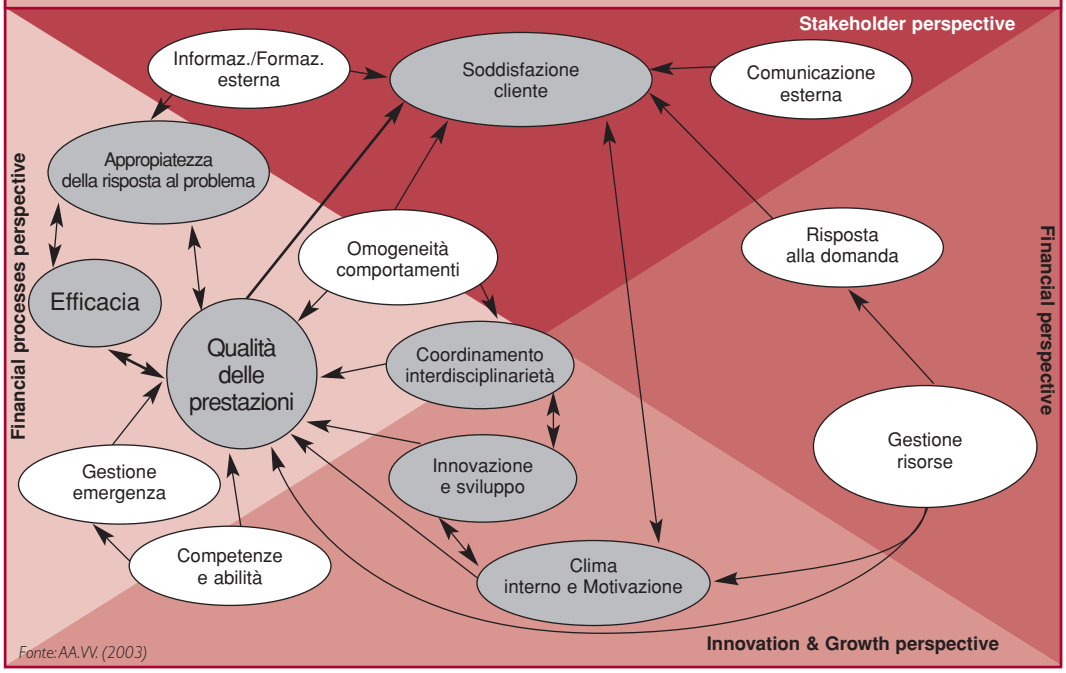
Figura 5 - Mappa strategica dell'Unità Operativa Veterinaria della Ausl Bologna Nord



Fonte: AA.VV. (2003)

lo riferibile alla sperimentazione fatta alla Ausl Bologna Nord, ora diventata Ausl di Bologna, dove si è ipotizzato un sistema di macrorelazioni tra prospettive non rigidamente gerarchico. La *mission* aziendale: "Conciliare la crescita, lo sviluppo quantitativo e qualitativo dell'offerta sanitaria con l'equilibrio economico, attraverso la ricerca del-

Figura 6 - Mappa strategica della Unità Operativa Igiene Pubblica della Ausl Bologna Nord



Fonte: AA.VV. (2003)

l'appropriatezza delle prestazioni" viene rappresentata da quattro prospettive fortemente interrelate fra loro.

Queste prospettive hanno accolto tutte le KPA delle 11 unità operative che hanno partecipato alla sperimentazione (esempi: Figura 5 e Figura 6).

Dalla letteratura disponibile, per lo più straniera, riferibile alle sperimentazioni di BSC in sanità[12] si può evincere che tre siano i possibili temi strategici di "più alto livello" per tutte le organizzazioni pubbliche e in particolare sanitarie che devono trovare una dimensione "bilanciata" nella rendicontazione aziendale:

- il costo: il tema è quello dell'efficienza, della gestione efficiente delle risorse disponibili, aspetto sul quale tutte le aziende sanitarie pubbliche italiane hanno concentrato l'attività di questi ultimi anni, sviluppando le tecniche più tradizionali di programmazione e controllo di gestione;
- il valore creato: inteso come beneficio per gli *stakeholders*. In questo caso la misurazione è particolarmente complessa e, fino ad oggi, poco si è fatto. In sanità la generale tendenza delle organizzazioni pubbliche è stata quella di considerare l'*output* dell'attività. Solo ora si sta diffondendo l'attenzione alla difficile, ma imprescindibile, misurazione dell'*outcome* del beneficio sanitario dell'azione dell'organizzazione;

[12] *L'unica analisi disponibile sulla diffusione della BSC nella Sanità Italiana è quella fatta nel 2003 da Stefano Baraldi e Giuliana Mongolo del Centro di Ricerche e Studi in management Sanitario Ce.Ri.S.Ma.S. "Il Balanced Scorecard in sanità: diffusione e prospettive di sviluppo" presentata al convegno del 2 dicembre 2003 (cfr. nota 2).*

• il contributo al sistema istituzionale d'appartenenza: le aziende sanitarie, in prima istanza parte di una rete di erogazione di servizi alla persona, operando nel quadro di regole nazionali, regionali, devono tener conto, pur nella loro autonomia, degli indirizzi e delle linee del "terzo pagante" e del coordinamento delle attività per la salute realizzate con tutti gli attori sociali (comuni, associazioni, ...).

12.2.4 Vantaggi, criticità e svantaggi nell'utilizzo della *Balanced Scorecard*

In estrema sintesi l'introduzione della *Balanced Scorecard* permette all'azienda di migliorare alcuni processi gestionali fondamentali:

- la revisione (o definizione) della strategia aziendale e l'identificazione, con il coinvolgimento del *management*, degli elementi chiave (KPA);
- la declinazione degli obiettivi strategici in *target* di lungo periodo, nei processi di allocazione delle risorse e di coerenti budget annuali e quindi di collegare maggiormente i sistemi di valutazione delle prestazioni con la strategia;
- l'introduzione di metodologie e strumenti per il controllo strategico, aumentando la qualità del controllo, focalizzandolo sugli elementi ritenuti più rilevanti.

Ma soprattutto facilita la comunicazione e la comprensione, a tutti i livelli dell'organizzazione, degli obiettivi aziendali e delle scelte strategiche, fornendo al *management* una vista complessiva sull'andamento delle attività dell'impresa e consentendo di "allineare", a tutti i livelli organizzativi, gli indicatori chiave di *performance* alla strategia.

Le perplessità evidenziate da alcuni circa i limiti legati all'utilizzo della BSC in sanità possono essere riassunte nei seguenti punti[13]:

- le 4 prospettive non rappresentano un elemento di forte innovatività;
- eccessiva rigidità dimostrata in passato dai modelli razionali di collegamento tra strategia e sistemi di P&C (PPBS);
- rischio di voler governare attraverso un unico strumento la pluralità di spinte contrapposte a cui è sottesa l'azienda.

Mentre il primo punto ci sembra più un giudizio sull'originalità del modello che un limite alla sua funzionalità e il terzo più un problema legato alla cultura del *management* (in quanto la BSC non si pone come unico strumento per il governo aziendale), il secondo punto individua forse il limite più rilevante. Come evidenziato anche da Amigoni[14], esistono due rischi principali connessi all'utilizzo della scheda e derivanti da due tendenze differenti e per certi versi opposte:

- il primo si lega con la necessità di modificare frequentemente le strategie (ad esempio, necessità di adattarsi a mercati in continuo e veloce cambiamento, realtà che non è delle aziende sanitarie e pubbliche) e quindi la realizzazione di un sistema eccessivamente coerente dal punto di vista delle relazioni tra le misure e degli obiettivi con la

[13] *Intervento di Mara Bergamaschi "I sistemi di programmazione e controllo: logiche e strumenti innovativi emergenti" durante i convegni e le manifestazioni per i 25 anni di attività del Cergas Bocconi*

[14] *Amigoni F, Meloni G., (2002).*

strategia potrebbe sortire un effetto di irrigidimento del processo, basato sulla formalizzazione di una strategia deliberata, incapace di adattarsi alle strategie emergenti;
- il secondo è quello della ricerca della multidimensionalità delle misure senza attribuire il giusto peso alle relazioni tra di esse e con la strategia, con un risultato negativo nella forma di quella che lo stesso Amigoni definisce "schizofrenia nel sistema di controllo".

In entrambi i casi il gap tra formulazione dalla strategia e realtà operativa rischia di minare uno dei presupposti della BSC, ovvero l'articolazione del disegno strategico in un'architettura di obiettivi misurabili.

Kaplan e Norton[15] evidenziano numerose possibilità di fallimento legate soprattutto ad errori nell'implementazione della metodologia. Tali problemi possono essere raggruppati in tre macroclassi: problemi di "transizione", di progettazione e di processo.

Alla prima categoria fanno riferimento tutte le situazioni in cui un'azienda, sebbene dotata di una *scorecard* ben collaudata, si trovi ad essere oggetto di fusioni o acquisizioni. In questo caso il fallimento deriva dall'errata percezione della BSC da parte del senior management della nuova azienda.

I problemi di progettazione si ricollegano all'incapacità da parte dell'azienda di rappresentare la propria strategia. Le due più frequenti criticità si legano a due "focalizzazioni" della BSC[16]: le *stakeholder scorecard*, che definiscono gli obiettivi per i vari portatori d'interessi senza approfondire a sufficienza come si crei valore e senza dare supporto al cambiamento/miglioramento organizzativo; o la cosiddetta *KPI scorecard*, spesso in collegamento con progetti di *Total Quality Management*. La *KPI scorecard* è una scheda basata sulle misure ma in un contesto sostanzialmente sganciato dalla strategia. Tende quindi a diventare più un sistema per amministrare e selezionare una grande quantità di informazioni, piuttosto che un sistema in grado di produrre cambiamenti all'interno dell'organizzazione.

I problemi di processo, secondo Kaplan, sono la causa più frequente nel determinare il fallimento di un progetto di BSC. Primo tra tutti è quello legato alla mancanza di coinvolgimento del *top management* aziendale. Ciò può tradursi in concreto nella delega di un progetto di BSC al *middle management* e nel disimpegno in termini di tempo e di contributo diretto. La stesso risultato può derivare paradossalmente dal coinvolgimento di troppi attori, anche per far sì che gli incontri previsti consentano il contributo attivo e costruttivo di tutti. Il coinvolgimento più largo avviene attraverso un decentramento del processo a cascata nei vari livelli dell'organizzazione, oppure attraverso la ripartizione della responsabilità per specifici temi strategici e prospettive.

Rispetto a questo problema Kaplan suggerisce il corretto approccio (Figura 7).

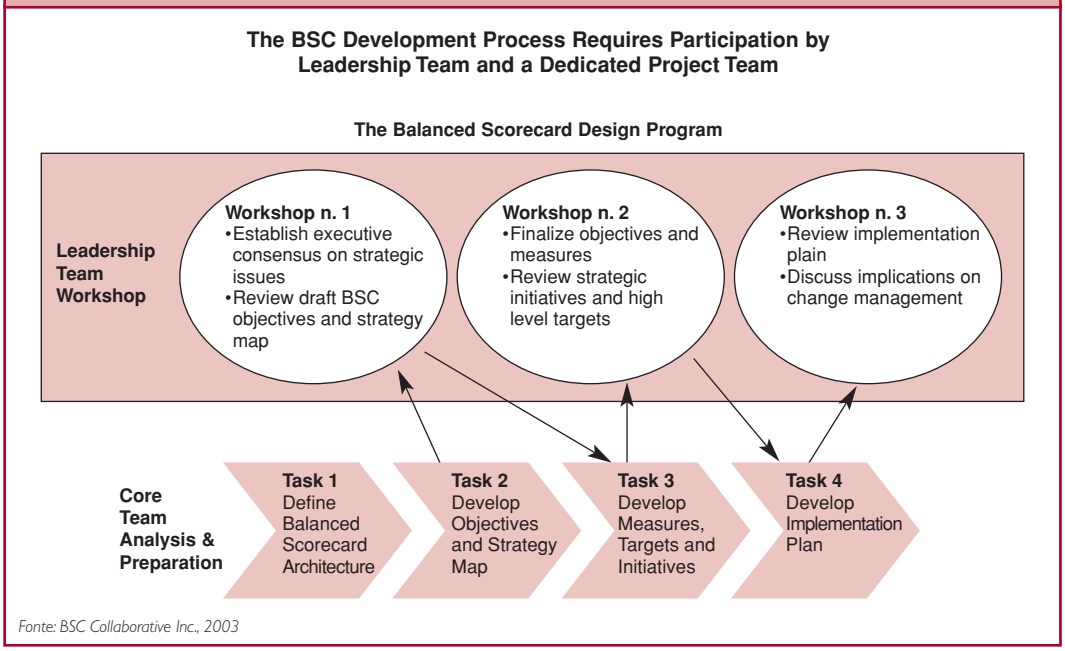
Secondo Kaplan sono molti i casi di successo della BSC, nonostante la prima implementazione mostrasse la mancanza di tutti gli indicatori necessari. Questo perché la BSC deve essere considerata come uno strumento di apprendimento continuo e di *learning by doing*, dal momento che stimola la riflessione e l'analisi strategica al di là dell'informa-

[15] *Kaplan D. Norton P., (2001).*

[16] *Kaplan D., Norton P., (2001).*

zione riferibile al singolo dato o ad un dato indicatore. Le stesse KPA possono cambiare nel corso del tempo, e sarebbe al contrario paradossale immaginare una BSC immutabile, posto che nessuna strategia lo è.

Figura 7 - Programma del progetto di Balanced Scorecard



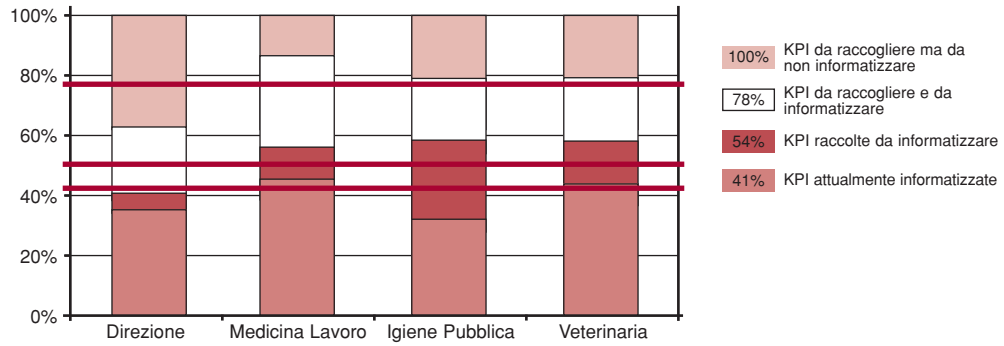
Fonte: BSC Collaborative Inc., 2003

Un altro aspetto problematico è collegato al fatto di dare troppa importanza alle necessità di avere un sofisticato sistema informativo per costruire una BSC. Molte aziende non mancano di dati, ma di informazioni, e dare accesso ai database o fornire strumenti avanzati di *business intelligence* può essere inutile, soprattutto se ciò non genera un cambiamento nei processi di *decision making*. Gli attori, a tutti i livelli, devono prima definire le informazioni di cui hanno bisogno e, solo in seguito, lavorare sugli strumenti che le rendano accessibili. Spesso realtà con sistemi informativi evoluti si accorgono di non avere dati per molti indicatori chiave nella loro BSC. In una realtà ritenuta (con ragione) estremamente evoluta dal punto di vista del sistema informativo e della cultura diffusa sulla misurazione, quale il Dipartimento di Sanità Pubblica della Ausl Bologna Nord (al punto da avere costruito un sistema di "prestazioni equivalenti" in grado di misurare, comparandole con un sistema di pesi, le centinaia di prestazioni differenti erogate dalle diverse Unità Operative), il processo di individuazione delle KPI (all'interno della sperimentazione per la costruzione della BSC) ha evidenziato che mediamente quasi la metà degli indicatori ritenuti strategici, fondamentali per le varie unità operative del Dipartimento, non erano presenti tra le centinaia disponibili (Figura 8).

L'analisi di alcune esperienze di BSC ha evidenziato altri possibili limiti che citiamo brevemente:

• nella mappa strategica i rapporti di causa-effetto non sono lineari e non sono stretta-

Figura 8 - Informatizzazione KPI Dipartimento Sanità Pubblica Ausl Bologna Nord



Fonte: AA.VV. 2003

mente connessi nel tempo e nello spazio. Questo è critico per la *Balanced Scorecard*. È necessario quindi strutturare la *Balanced Scorecard* seguendo i principi piuttosto complessi della dinamica dei sistemi;

- si tiene conto dell'ambiente esterno solo in fase di formulazione della strategia o in fase di revisione della stessa. È quindi opportuno affiancare alla *Balanced Scorecard*, utilizzata per gestire la *performance* dell'azienda, un set di monitoraggio delle condizioni esterne che aiuti l'organizzazione a capire come mutamenti in tali condizioni possano influenzare la *performance* dell'organizzazione stessa;
- un limite comune di tutti i sistemi di gestione della *performance,* e quindi anche alla BSC, è l'assenza di sistemi per la gestione del rischio. È necessario quindi implementarne il modello.

12.2.5 La BSC come strumento di comunicazione e di apprendimento organizzativo nel rapporto tra azienda e professionisti

Nel paragrafo precedente abbiamo esaminato i vantaggi e alcuni dei limiti della BSC. Riteniamo opportuno sottolineare un'aspetto che caratterizza la BSC quale strumento di comunicazione e che paradossalmente potrebbe giustificarne l'adozione di un processo di costruzione indipendentemente dal suo successivo effettivo utilizzo. La BSC assume una forte valenza formativa circa le logiche gestionali e comunicativa sulla strategia; consente inoltre un approccio culturale al controllo compatibile con la formazione e con la mentalità dominante nella classe medica.

Un sistema di *performance management* può agire su diverse leve per creare una responsabilizzazione sui risultati economici dell'attività. L'attore al centro di questo processo, in un'azienda sanitaria, è sempre il professionista. Infatti, come ricorda Meliones, i *manager* possono controllare solo una parte delle componenti che guidano la *perfor-*

[17] *Meliones J., (2002).*

mance, quelle che riguardano prestazioni da erogare, tempo di degenza, farmaci da somministrare etc., mentre il resto "…*is largely dependent upon clinical practice patterns*..."[17]
La BSC, attraverso la sua ottica bilanciata e le sue relazioni causa/effetto, non lavorando solo su alcuni aspetti, ma cercando di individuarne i più rilevanti (KPA), consente un approccio sistemico che il professionista può più facilmente comprendere. L'equilibrio economico di lungo periodo dell'azienda è il risultato indiretto della cura e del controllo delle dimensioni rilevanti oggetto dell'attività medico-sanitaria. In quest'ottica non basta raccogliere indicatori multidimensionali, è importante evidenziare i rapporti di causa-effetto. La responsabilizzazione non è solo sull'efficienza, ma l'efficienza diventa una sfaccettatura della creazione di valore. Il professionista sanitario si concentra sulla propria attività, ma con una consapevolezza più alta delle implicazioni del proprio lavoro sul perseguimento delle finalità aziendali e sui risultati economico finanziari.
A questo riguardo riportiamo le valutazioni finali del responsabile e degli operatori coinvolti (Massimo Annicchiarico, Maria Cristina Berti, Giancarla Pedrazzi, Leonardo De Padova) in una sperimentazione di BSC in sanità.

Dipartimento di Emergenza Urgenza della Ausl Bologna Nord (Aa. Vv. 2003)

- "Il percorso affrontato per la costruzione del BSC di Dipartimento ha creato l'opportunità per una rilettura in chiave "strategica" della realtà organizzativa, resa possibile dalla prospettiva di medio-lungo termine e dall'orientamento secondo *vision*.
- Lo strumento si è dimostrato efficace nel rendere concreta una lettura "sistemica" e multidimensionale dell'organizzazione interna.
- La focalizzazione delle KPA ha consentito di ridefinire e rendere esplicite le competenze distintive del Dipartimento.
- Il principale valore aggiunto del Dipartimento è stato identificato nell'area gestionale del *knowledge management*, finalizzato non solo allo sviluppo tecnico-professionale, ma anche al supporto alla "cultura organizzativa", secondo il modello delle competenze.
- È emersa con maggior forza la necessità di mantenere coerenti e leggibili le relazioni tra *vision* e priorità gestionali ed organizzative.
- Si ritiene critica l'identificazione di un corretto *trade/off* fra analiticità del sistema e costi correlati al monitoraggio degli indicatori.
- Opportuna – perché le funzioni di P & C possano costituire un reale strumento di governo del Dipartimento – appare una integrazione fra lo strumento budget e lo strumento BSC.
- Il processo di condivisione e confronto con i professionisti potrà amplificare le potenzialità dello strumento non solo aumentando il livello di semplice "conoscenza" ed esplicitazione della propria realtà organizzativa, ma anche e soprattutto attraverso il confronto sul sistema di valori e di "significati" che sostengono l'identificazione delle KPA.

12.3 Logiche e approcci per la rendicontazione sociale in sanità

di *Tanese A.*

A dieci anni dall'avvio del processo di aziendalizzazione del sistema sanitario italiano, emergono nuovi stimoli ad un ripensamento dei criteri di valutazione e di rendicontazione delle *performance* delle aziende sanitarie. Già da alcuni anni, invero, il dibattito all'interno del *management* sanitario ha riposizionato al centro dei processi aziendali l'attenzione all'efficacia delle cure, all'appropriatezza delle prestazioni e, più in generale, alla qualità dei servizi erogati, evitando le derive economiciste insite in un approccio aziendale troppo centrato sulla razionalizzazione delle risorse e sul contenimento dei costi.

L'attenzione a non perdere di vista le finalità istituzionali del servizio sanitario nazionale, pur con tutti i vincoli dati dal difficile governo della spesa, sembra accompagnare questi primi anni di effettiva "regionalizzazione" del sistema; di qui peraltro la nuova stagione del rapporto tra Regioni e aziende sanitarie, che sembra riproporre un ruolo di governo forte da parte delle prime (livello centrale) e far emergere un'esigenza di ricerca di nuova identità da parte delle seconde (livello periferico). In questo quadro, qui sommariamente accennato, ma più ampiamente analizzato in altre parti del presente volume, un fenomeno che a nostro avviso è di particolare interesse e prospettive è l'ingresso nel contesto sanitario pubblico dei temi della responsabilità e della rendicontazione sociale. Si tratta, in prima approssimazione, di un tentativo di ripensare i criteri e gli strumenti per leggere e valutare l'operato delle aziende sanitarie, superando la centralità e l'unicità del bilancio economico-finanziario. Se infatti quest'ultimo è in grado (pur con scarsa accessibilità da parte dei non addetti ai lavori) di chiarire come sono state utilizzate le risorse economiche e finanziarie dell'azienda a preventivo e a consuntivo, non appare però in grado di comunicare qual è il "valore" prodotto dall'azienda stessa in termini di benefici per la collettività e per i singoli legittimi portatori di interesse.

Utilizzando un gioco di parole, il bilancio "fornisce i conti" dell'azienda, ma non consente di "rendere conto" ai cittadini delle scelte fatte, delle azioni realizzate e dei risultati conseguiti. È un documento freddo, arido, che poco ha a che fare con la qualità della salute dei cittadini di un territorio, che è invece la ragion d'essere dell'istituzione dell'azienda e l'obiettivo ultimo della sua azione (la *mission*). Di qui la ricerca da parte di singole aziende o di alcune Regioni di nuovi strumenti di rendicontazione quali i bilanci sociali, i bilanci di mandato e i bilanci di missione. In questo capitolo cercheremo di analizzare questo fenomeno emergente, inserendolo nel più ampio quadro dell'ingresso nella Pubblica Amministrazione italiana dei principi della rendicontazione sociale e chiarendone da un punto di vista teorico significato, natura e implicazioni. A tal fine, ci avvarremo dell'analisi di due esperienze che a livello nazionale possono essere considerate pionieristiche, proponendo per la prima volta in modo sistematico un approccio alla rendicontazione sociale in ambito sanitario:

1) il bilancio sociale realizzato dalla ASL n. 12 di Biella, giunto già alla sua terza edizione;

2) il progetto di sperimentazione di un Bilancio di Missione da parte delle aziende sanitarie recentemente proposto dalla Regione Emilia Romagna[18].

[18] *Si fa riferimento alla presentazione pubblica in occasione del convegno dal titolo "Il bilancio di missione per il governo della sanità dell'Emilia-Romagna", Bologna, Expo Sanità 14 maggio 2004.*

I due casi appaiono di particolare interesse innanzitutto perché in assoluto rappresentano primi tentativi a livello nazionale di introduzione di logiche e strumenti di rendicontazione sociale nel contesto sanitario e, secondariamente, perché ci consentono di affrontare il tema dai due punti di vista, quello della singola azienda, che si avvale dell'autonomia che le è concessa nella sperimentazione di nuove forme di comunicazione pubblica, e quello della Regione, che si avvale invece dell'autonomia relativa alle forme di governo del sistema sanitario regionale. A partire da queste prime esperienze in atto, cercheremo infine di individuare gli aspetti di maggiore interesse e prospettive per un'applicazione delle logiche della rendicontazione sociale al contesto sanitario.

12.3.1 Bilancio sociale, bilancio di missione e bilancio di mandato nelle aziende sanitarie: di cosa si tratta?

Per entrare immediatamente nel merito del tema che ci interessa, occorre capire concretamente in cosa consiste un bilancio sociale o di missione applicato ad un'azienda sanitaria. Per quanto riguarda il bilancio sociale, possiamo leggere la presentazione che di esso ne fa il Direttore Generale della ASL di Biella nella seconda edizione.

Presentazione del bilancio sociale 2002 della ASL di Biella

"Chi si rapporta con il mondo sanitario pubblico ne intuisce la grande complessità ed articolazione, seppure il contatto, spesso frammentario – la singola prestazione sanitaria, l'attesa per un esame diagnostico, il trattamento ricevuto – non aiuti a comprendere realmente la dinamica di funzionamento degli enti che vi operano. Se si vuole che il cittadino-utente disponga delle informazioni necessarie ad esercitare i propri diritti, occorre anche affrontare lo sforzo di integrare le singole percezioni con un'informazione complessiva e sistematica.

Il bilancio sociale dell'ASL 12, giunto alla sua seconda edizione, ha proprio l'obiettivo di fare comprendere i modi di funzionamento, le complessità e i vincoli con cui tale Azienda opera ed esprimere la sua forte volontà di migliorare costantemente l'organizzazione in favore degli utenti, di snellire i processi, di rendere trasparenti i percorsi. È un lavoro collettivo, volto a mostrare come, dietro alla singola prestazione sanitaria, al singolo rapporto umano, all'accesso ad uno sportello per una prenotazione, vi sia un'organizzazione articolata che si interroga su ciò che fa per capire se è utile e di qualità, consapevole dei limiti propri e dell'ambiente in cui opera. L'aprirsi al confronto, anche attraverso il bilancio sociale, vuole essere una riflessione per chi vi lavora ed un arricchimento per la società a cui si rivolge."[19]

"Il bilancio sociale 2002, il secondo ad essere redatto dalla Azienda Sanitaria Locale n. 12, risulta essere un innovativo strumento che permette, anzitutto, la comunicazione e la valutazione della dimensione sociale dell'attività aziendale, ma consente altresì il monitoraggio delle relazioni tra l'ASL 12 e gli stakeholder (gli interlocutori portatori di interesse) al fine di permettere agli stessi di esprimere un giudizio sull'andamento della gestione dell'Azienda."[20]

[19] *Frascisco P. , Bilancio sociale 2002 ASL di Biella, p. 5.*

[20] *Bilancio sociale 2002 ASL di Biella, Nota introduttiva e metodologica, p. 6.*

L'Agenzia Sanitaria Regionale della Regione Emilia Romagna così definisce invece il bilancio di missione delle aziende sanitarie[21].

Definizione del bilancio di missione per le aziende sanitarie della Regione Emilia Romagna

"Il bilancio di missione è uno strumento per rendere conto dei risultati raggiunti dalle Aziende sanitarie in apporto agli obiettivi assegnati dalla Regione e dalla Conferenza territoriale sociale e sanitaria. È un documento strutturato, annuale, logicamente e funzionalmente coordinato con il bilancio di esercizio".
"L'obiettivo del progetto è mettere a punto uno strumento capace di dare trasparenza all'azione istituzionale dell'Azienda sanitaria, rispondendo alle necessità informative connesse al ruolo svolto dai soggetti di riferimento. Il bilancio di missione è finalizzato a:
- illustrare gli esiti dell'attività istituzionale svolta dall'Azienda;
- supportare in modo attivo e dinamico il sistema delle relazioni fra l'Azienda e i suoi principali interlocutori istituzionali.
Il bilancio di missione si configura come lo strumento attraverso il quale è periodicamente possibile per gli interlocutori istituzionali verificare la graduale realizzazione degli obiettivi stabiliti nei piani. Di conseguenza, gli indicatori per la rappresentazione consuntiva dei risultati istituzionali nell'ambito del bilancio di missione diventano elementi da assumere a preventivo, nella fase di pianificazione e programmazione in cui l'Azienda si relaziona con la Regione e le Conferenze territoriali sociali e sanitarie."

A ben guardare, il bilancio sociale così come proposto dalla ASL di Biella e il bilancio di missione introdotto dalla Regione Emilia Romagna sembrano adottare la stessa logica, che è quella del rendere conto dei risultati raggiunti secondo una prospettiva esterna, che è quella dei "portatori di interesse" dell'azienda, siano essi i cittadini o le istituzioni, come la Regione o la Conferenza territoriale sociale e sanitaria.
Il fatto che nel primo caso al termine bilancio sia associato l'aggettivo *sociale* e nel secondo l'appellativo di *missione* è indice unicamente dell'accento diverso che viene posto, nelle due situazioni, al significato del documento:

- nel caso del bilancio sociale viene posta in evidenza la natura di questo tipo di bilancio, che è quella di aprirsi al confronto e alla valutazione da parte della società, adottando criteri di presentazione delle attività e dei risultati dell'azienda accessibili, trasparenti e osservati dal punto di vista del cittadino;
- nel caso del bilancio di missione il *focus* è posto sull'oggetto del documento, vale a dire la rendicontazione del rispetto degli obiettivi istituzionalmente assegnati all'azienda da altri soggetti istituzionali, in una logica quindi più di governo regionale che non di comunicazione alla comunità.

[21] *F. Sarti (a cura di), "Il bilancio di missione per il governo della sanità dell'Emilia-Romagna", in L'informazione in pillole, Agenzia Sanitaria Regionale, n. 7, 2004.*

Questa differenza di impostazione del documento è peraltro del tutto coerente se si considera che il primo nasce da una iniziativa spontanea dell'azienda, e quindi è fortemente orientato a migliorare il rapporto azienda-cittadini, come strumento aggiuntivo di comunicazione e di *accountability* locale; il secondo invece nasce da una iniziativa regionale come modalità innovativa e più efficace di governo (e di *governance*) della sanità, tesa a chiarire meglio e con nuovi strumenti i rapporti istituzionali Regione-Enti locali-aziende sanitarie.
Altri parlano invece di bilancio di mandato come il documento annuale (o di fine mandato) con il quale la ASL si confronta con la Regione e altre istituzioni per evidenziare gli aspetti di eccellenza e le aree di criticità, differenziandolo dal bilancio sociale, che costituirebbe il documento con cui l'ASL "promuove il confronto e l'informazione con i diversi interlocutori (*stakeholder*) di riferimento, nell'ottica del miglioramento continuo."[22]
Dal momento che siamo in una fase sperimentale, è normale (e auspicabile) che vi sia una certa disomogeneità di esperienze e di modelli di riferimento. Pur in tale diversità, tuttavia riteniamo che sia inutile confondere gli operatori all'interno delle aziende introducendo troppi strumenti e operando sofisticate distinzioni tra le diverse forme che assume la rendicontazione sociale. Di qui in poi utilizzeremo quindi indifferentemente il termine bilancio sociale o bilancio di missione per le aziende sanitarie, considerandoli entrambi come documenti che derivano dall'applicazione degli stessi principi e che presentano le seguenti caratteristiche:

- un documento annuale, logicamente e funzionalmente collegato al tradizionale bilancio di esercizio, rispetto al quale tuttavia non si configura come un semplice allegato ma come un documento a sé, con finalità di comunicazione differenti;
- completo, quindi riferito a tutte le attività dell'ente, con livelli di approfondimento selettivi, perché deve essere anche agile e facilmente fruibile e quindi non può concentrarsi su aspetti di dettaglio;
- finalizzato a leggere i risultat*i dal punto di vista esterno*, e quindi non focalizzato prevalentemente su indicatori di attività ed elementi di *output*, quanto su indicatori di utilizzo, di qualità dei servizi e di *outcome* delle iniziative intraprese;
- affidabile, cioè basato su dati e informazioni oggettive, attendibili e verificabili, acquisite attraverso un sistema di rilevazione metodologicamente corretto;
- che consente di costruire *un ponte tra passato e futuro*, aiutando a leggere i risultati a consuntivo e a definire le priorità di intervento per gli esercizi successivi;
- aperto e volutamente *sottoposto al giudizio e al dialogo*, quindi non necessariamente "perfetto" dal punto di vista formale, ma "utilizzabile" in termini di comunicazione e di base per la discussione.

Circa il bilancio di mandato, infine, riteniamo che esso non abbia natura e finalità diverse del bilancio sociale o di missione, ma unicamente un periodo di riferimento diverso ai fini della rendicontazione, coincidente con il periodo di mandato del direttore generale dell'azienda.

[22] *Silva - KPMG, Aziende Sanitarie Locali e Responsabilità Sociale di Impresa. Strumenti di rendicontazione, in www.mariomazzoleni.com/documenti/ASLRSMandato.pdf*

12.3.2 Caratteristiche, significato e natura del processo di rendicontazione sociale

Indipendentemente dalla forma assunta, sulla base dell'esperienza di questi ultimi anni e delle metodologie più diffuse, gli elementi che appaiono come tipici del processo di rendicontazione sociale possono essere sostanzialmente ricondotti a tre (Figura 9):

- la volontarietà;
- la "resa del conto" degli impegni, dei risultati e degli effetti sociali prodotti;
- l'individuazione e la costruzione di un dialogo con i portatori d'interesse.

Con il termine volontarietà si intende sia che ogni amministrazione è libera di realizzare o meno un documento di rendicontazione sociale (ad esempio un bilancio sociale o di mandato), sia che è libera di scegliere le modalità di realizzarlo e cioè la periodicità, il contenuto e le tecniche di realizzazione. Quanto alle modalità di realizzazione, non esistono regole univoche di rendicontazione sociale, ma dei principi, delle metodologie e degli standard di riferimento, che non sono comunque vincolanti e soprattutto appaiono in continua evoluzione.

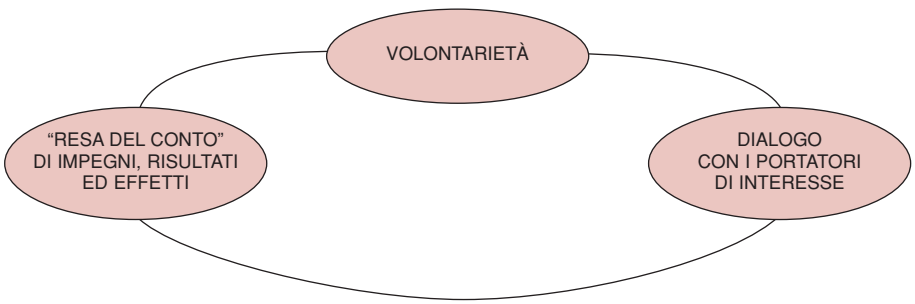
Secondariamente, scopo della rendicontazione sociale di un'amministrazione è dar conto degli impegni, dei risultati e degli effetti sociali della propria azione. Tutto ciò che l'amministrazione produce, sia in termini di impegni presi e politiche/obiettivi di intervento formulati, attività svolte e servizi resi, livelli di performance raggiunti, deve essere analizzato e misurato dal punto di vista di coloro che sono i destinatari ultimi di tale azione, vale a dire il sistema di attori sociali del proprio contesto di riferimento.

A tale proposito occorre subito affermare che la pura elencazione delle azioni e degli interventi realizzati da un'azienda sanitaria o l'elenco delle prestazioni e dei servizi forniti non costituiscono di per sé una forma di rendicontazione sociale. Rendicontare vuol dire esporre gli effetti misurabili dell'azione dal punto di vista dei portatori d'interesse ed è quindi connesso con la possibilità di misurare il "valore" sociale delle azioni, degli interventi e dei servizi erogati dall'azienda.

Ciò può avvenire mediante:

- la quantificazione, coerente con i valori di bilancio, delle risorse finanziarie attribuite alle

Figura 9 - I requisiti del processo di rendicontazione sociale



varie categorie di portatori d'interesse, ad esempio risorse destinate alle diverse categorie di utenti o ai diversi territori (comuni o distretti sanitari);
- l'analisi di parametri e indicatori sociali e sanitari influenzati dall'attività dell'ente: ad esempio la variazione del numero di utenti presi in carico dal servizio di assistenza domiciliare o ancora la variazione di indicatori di salute della popolazione a seguito di interventi di prevenzione e controllo[23];
- il confronto tra gli impegni previsti nel programma[24] e le azioni/risultati concretamente realizzati;
- il giudizio dei portatori di interesse raccolto attraverso procedure scrupolosamente controllate, attraverso ad esempio rilevazioni della *customer satisfaction*, l'attivazione di *focus group*, incontri programmati con gli attori locali, indagini di opinione, sondaggi, etc.[25].

Da ultimo, assolutamente indispensabile, quale elemento costitutivo di un processo di rendicontazione sociale, è l'individuazione dei portatori d'interesse rispetto ai quali si ritiene di voler costruire un dialogo e un miglior sistema di relazioni. Si tratta di un'operazione (spesso definita come "mappatura" degli *stakeholder*) in qualche modo discrezionale e artificiale, dato che la figura dello *stakeholder* è una costruzione virtuale dell'organizzazione, che si forma quando essa si interroga sulla sua responsabilità sociale, ma al tempo stesso di un'operazione necessaria perché consente di dare evidenza ai soggetti con i quali l'azienda intende costruire e migliorare il dialogo e rendere esplicito e trasparente il modo con cui cerca di dare risposta a ciascuno di essi.

Ad esempio, la ASL di Biella ha identificato i propri *stakeholder* distinguendo tra:
- *stakeholder* interni: le risorse umane dell'azienda;
- *stakeholder* esterni distinti tra:
  - istituzionali: fornitori, pubblica amministrazione, opinione pubblica, associazioni, enti e istituzioni, sistema ambientale;
  - segmenti di utenza: anziani, gestanti e bambini, disabili, lavoratori e studenti, extracomunitari, pazienti psichiatrici, tossicodipendenti e alcolisti.

Passando ora a leggere il significato della rendicontazione sociale da parte delle aziende e amministrazioni pubbliche (e quindi anche dalle aziende sanitarie), secondo un'inter-

[23] *Sappiamo benissimo che la valutazione dell'outcome di interventi sanitari è di grande complessità per la natura multicausale dei fenomeni e la difficoltà tecnica della valutazione stessa; tuttavia in questa sede ci interessa specificare i contenuti dei processi di rendicontazione e non gli aspetti metodologici della misurazione.*

[24] *Sia esso un programma annuale di attività o quanto espresso nel Piano Strategico o PAL (Piano Attuativo Locale) dell'azienda, a carattere pluriennale.*

[25] *In questa ottica le azioni di trasparenza condotte attraverso una semplificazione delle modalità di accesso ai servizi dell'ente o di esplicitazione degli standard di prestazioni garantite, come nel caso ad esempio delle Carte dei Servizi, non possono essere scambiate con la rendicontazione sociale. Tali strumenti, pur contribuendo a migliorare il grado di accountability complessivo dell'azienda, non hanno la finalità di rendere conto dei risultati prodotti; tuttavia, una misurazione e valutazione della loro efficacia (ad esempio il rispetto degli impegni e degli standard previsti nella Carta dei Servizi) possono essere oggetto presenti in un bilancio sociale e arricchire ulteriormente il grado di trasparenza e le modalità di verifica degli impegni presi.*

pretazione alquanto diffusa essa ricadrebbe in un più ampio e diffuso movimento di opinione e di prassi che a livello nazionale e, prima ancora, internazionale, pone attenzione al tema della Responsabilità Sociale dell'Impresa – RSI – (o *Corporate Social Responsibility* – CSR – secondo l'uso anglosassone), richiamato anche dal Libro Verde della Commissione Europea e di grande attualità nel mondo imprenditoriale.
L'idea di fondo è che ogni impresa non ha di per sé un valore sociale per il semplice fatto di realizzare dei profitti (e quindi contribuire alla creazione di ricchezza), ma solo se mantiene una condotta responsabile nei confronti della società in cui opera, contribuendo ad esempio alla tutela e alla salvaguardia dell'ambiente, al benessere dei lavoratori, allo sviluppo economico complessivo del territorio, alla produzione cioè di un valore per tutti i suoi *stakeholder*. Applicata al contesto *no-profit* e pubblico, e quindi alle aziende sanitarie pubbliche, la RSI comporterebbe un'attenzione maggiore alla misurazione del valore prodotto per la comunità, al di là dei semplici dati contabili di bilancio.
In realtà, come abbiamo avuto modo di chiarire anche in altra sede[26], l'applicazione dei principi della rendicontazione sociale al contesto pubblico non può essere vista in modo riduttivo come l'applicazione mutuata dal mondo privato dei principi della RSI. Per le imprese, infatti, la rendicontazione sociale ha comunque una *natura residuale*: continua ad esserci un bilancio di esercizio "canonico", cui è utile associare informazioni *non-financial* destinate ad altri utilizzatori, che possono confluire nel bilancio sociale. Diverso è il significato dell'aggettivo "sociale" riferito ad un bilancio pubblico; qui la rendicontazione sociale non è una chiave di lettura aggiuntiva o residuale dell'azione amministrativa, ma quella originaria. In altri termini, il bilancio di un ente pubblico è "sociale" per definizione, perché si tratta di risorse che devono essere destinate, in ultima analisi, alla produzione di valore pubblico, cioè per la collettività.
Applicare i principi della rendicontazione sociale ad un'amministrazione pubblica non significa quindi valorizzare le ricadute esterne della sua attività (come nel caso di un'impresa), ma restituire tutto il processo con il quale quell'amministrazione interpreta e soddisfa le esigenze e i bisogni della collettività di riferimento. Se l'impresa deve dimostrare di essere attenta ai valori e alla dimensione etica, l'amministrazione pubblica non dovrebbe averne bisogno, in quanto già implicito nella sua azione; la sua esigenza è semmai quella di rendere trasparente il proprio modo di agire.
Per un'azienda sanitaria pubblica "dar conto" in modo trasparente del proprio operato è un modo per "riscoprire il cittadino" e il senso della propria azione. Realizzare il bilancio sociale è un modo per "costringere" l'azienda (e indirettamente il sistema sanitario regionale nel suo insieme, come vedremo) a ricordare che il senso e la legittimazione del proprio operato dipende dalla valutazione che ne danno questi soggetti, dipende dalla capacità di dialogare con loro, di identificarli, ascoltarli, coinvolgerli, soddisfarli. Volendo tradurre questo concetto in uno slogan, possiamo considerare la rendicontazione sociale da

[26] *Cfr. Tanese A. (a cura di), (2004), Rendere conto ai cittadini. Il bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche, Collana Analisi e Strumenti per l'innovazione del Dipartimento della Funzione Pubblica, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, cap. 1. Sulla differenza tra RSI e responsabilità sociale pubblica cfr. anche Hinna L., (2004), cap. 1.*

parte di un'azienda sanitaria come "la modalità relazionale di dar conto della propria responsabilità".

12.3.3 Applicazioni dei principi della rendicontazione sociale alle aziende sanitarie pubbliche

Dopo aver chiarito principi, natura e significato della rendicontazione sociale nel contesto delle aziende sanitarie, occorre analizzare più nello specifico la configurazione che assumono i documenti redatti, e trarne alcune considerazioni di sintesi.

Il bilancio sociale redatto dalla ASL di Biella è ispirato all'applicazione dei modelli di rendicontazione proposti a livello nazionale (GBS - Gruppo Bilancio Sociale) e internazionale (AA1000 e *Global Reporting Initiative*)[27], che prevedono la seguente articolazione del documento:

1. una prima parte dedicata all'*identità* aziendale, vale a dire all'espressione dell'assetto istituzionale e organizzativo dell'Azienda, della missione di riferimento e degli obiettivi gestionali perseguiti;
2. una seconda parte, definita *rendiconto economico*, che espone sinteticamente il sistema delle entrate e l'impiego delle risorse da parte dell'azienda;
3. la terza parte, contenente la vera e propria *relazione sociale*, vale a dire il sistema delle relazioni sociali in cui l'azienda è inserita e gli effetti dell'attività aziendale nei confronti delle diverse categorie di *stakeholder*;

Figura 10 - Il quadro degli impegni e delle realizzazioni della ASL 12 di Biella

IMPEGNI	REALIZZAZIONI
Riduzione da tre a due chirurgie generali	A partire dal febbraio 2002 l'ASL 12 ha ridotto a due le chirurgie generali.
Accorpamento di alcuni reparti per una migliore allocazione delle risorse infermieristiche.	La condivisione delle risorse umane all'interno dei dipartimenti ha evitato l'accorpamento inizialmente previsto.
Ulteriore sviluppo e consolidamento dell'attività di day-surgery.	Incrementata l'attività di day-surgery con il vantaggio di ridurre sia la maggiore spesa per ricoveri, sia le liste di attesa per interventi chirurgici.
Miglioramento dei protocolli di antibiotico-profilassi e creazione di protocolli di uso dei farmaci a costo minore.	Elaborati i protocolli per l'uso mirato degli antibiotici, così da determinare l'utilizzo ordinario di farmaci a costo minore.

[27] *Per una breve rassegna dei principali standard di rendicontazione sociale, che in questa sede non è possibile trattare, si rimanda a Vermiglio F., Gli standard di rendicontazione sociale, in Tanese A. (a cura di), (2004), pp. 89-99.*

4. una quarta e ultima parte, in cui l'azienda esplicita i propri *obiettivi di miglioramento* sui quali intende orientare l'azione nel biennio successivo, nonché le linee guida di riferimento per sviluppare il rendiconto sociale e il dialogo con gli *stakeholder*.

Una parte di particolare interesse all'interno del documento la troviamo nella modalità di rappresentazione del grado di raggiungimento degli obiettivi previsti da parte dell'azienda, che in modo molto schematico e accessibile confronta gli impegni presi con le realizzazioni effettuate (si veda l'esempio riportato nella Figura 10). È significativo che queste tabelle di confronto siano contenute nella prima parte del documento (relativa all'identità), a voler significare la coincidenza tra ciò che l'azienda riesce a realizzare e ciò che l'azienda è.
Nella relazione sociale è invece contenuta l'identificazione degli *stakeholder* dell'azienda e, per ciascuno di essi, la rendicontazione delle azioni realizzate e dei risultati raggiunti. È di particolare rilievo il fatto che le informazioni e i dati riportati nel documento provengono tutti da documenti ufficialmente adottati dall'Azienda in deliberazioni aziendali, ovvero dall'insieme dei resoconti prodotti periodicamente dall'Azienda secondo gli schemi indicati dalla Regione Piemonte. Questo a riprova del fatto che la redazione del bilancio sociale non consiste nella produzione di nuovi dati da parte dell'azienda, ma principalmente nella capacità di rileggere e presentare tali dati e indicatori di *performance* dal punto di vista dei destinatari dei servizi forniti dall'azienda.
Da ultimo, il fatto che il bilancio sociale si concluda con l'esplicitazione degli obiettivi di miglioramento futuri è indice di una ulteriore volontà di sottoporre al giudizio esterno l'operato dell'azienda e soprattutto dell'idea che il bilancio sociale non sia tanto un documento fine a se stesso, quanto uno strumento di dialogo permanente, di gestione del rapporto con gli *stakeholder* secondo una logica circolare di comunicazione a due vie.
Diversa appare invece la struttura del bilancio di missione previsto dal progetto della Regione Emilia Romagna, che prevede l'articolazione riportata nel box seguente.
L'obiettivo dichiarato da parte della Regione Emilia Romagna è quello di far diventare il bilancio di missione uno strumento annuale di rendicontazione fruibile autonomamente rispetto ad altri documenti dell'azienda ma con una struttura comune tra tutte le aziende (con un contenuto predefinito, benché aperto). Questo schema sarà condiviso e validato attraverso una prima fase di sperimentazione coordinata dall'Agenzia Sanitaria Regionale e condotta presso sei aziende pilota (i primi bilanci di missione consuntivi per il 2004 saranno stilati nei primi mesi del 2005), che servirà a mettere a punto la metodologia e le linee guida per la stesura del documento.
Il grande interesse di questa iniziativa è che la logica della rendicontazione sociale è strettamente congiunta con il processo di riforma della *governance* del Sistema Sanitario Regionale. Si configura così un sistema orientato alla trasparenza e all'accessibilità delle informazioni, al dialogo interistituzionale e al confronto interaziendale[28]. Da un lato la Regione può valutare meglio il rapporto tra le risorse fornite alle aziende e i risultati ottenuti, anche in termini di garanzia del rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA); secondariamente, gli Enti Locali hanno modo di svolgere in modo più efficace il proprio ruolo di indirizzo e verifica dei risultati raggiunti dalle aziende; da ultimo, tutti gli altri por-

[28] *Va da sé, infatti, che un bilancio di missione condiviso da tutte le aziende diventa anche un formidabile strumento di benchmarking e di programmazione a livello regionale.*

Struttura del bilancio di missione per le aziende sanitarie dell'Emilia Romagna

Il Bilancio di Missione è elaborato dal Direttore generale al fine di evidenziare gli obiettivi che il documento intende perseguire nelle relazioni con i propri interlocutori istituzionali.

1. Il contesto di riferimento

Questa parte è volta a fornire informazioni circa il contesto in cui l'azienda ha operato e gli obiettivi istituzionali ad essa assegnati, al fine di permettere la comprensione del "quadro complessivo di riferimento".

2. Gli obiettivi istituzionali e le strategie aziendali

Questa parte è volta ad illustrare come l'azienda ha declinato, nel contesto di riferimento locale, gli obiettivi di sistema e le strategie adottate per conseguirli.

3. Il profilo aziendale

Questa parte illustra i tratti distintivi dell'azienda, fornendo in particolare una sintesi di dati e indicatori di natura economica, di attività e di impatto sul tessuto socio-economico del relativo ambito territoriale.

4. Le azioni volte a migliorare le condizioni di lavoro, le competenze del personale, l'efficienza dell'organizzazione

Questa parte illustra gli interventi finalizzati alla valorizzazione del personale e al miglioramento del clima aziendale.

5. Le azioni volte a migliorare il sistema delle relazioni e gli strumenti di comunicazione

Questa parte del documento è volta ad illustrare gli interventi finalizzati a potenziare o qualificare il sistema delle relazioni aziendali nonché gli strumenti di comunicazione con i cittadini, gli utenti e le loro rappresentanze.

6. Le attività connesse con il perseguimento di obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale

Questa parte del documento fornisce informazioni analitiche circa l'attività istituzionale svolta nei confronti di fasce di popolazione o in relazione ad alcune specifiche aree tematiche ritenute particolarmente rilevanti, al fine di evidenziare lo sforzo profuso e gli esiti conseguiti attraverso le azioni e le attività svolte dall'azienda, nel perseguimento di obiettivi specifici ad elevato impatto sociale.

7. I progetti per l'innovazione

Questa parte del documento è volta a descrivere le azioni aziendali connesse con l'innovazione.
In essa si dovrebbero dunque descrivere gli obiettivi di innovazione tecnologica, organizzativa e gestionale perseguiti, le principali iniziative in corso di attuazione, gli investimenti connessi e i benefici attesi.

Conclusioni

Quest'ultima parte del documento è volta a raccogliere le considerazioni del Direttore Generale. In essa si dovrebbe rinvenire un giudizio su come l'azienda si è rapportata nel tempo con le sue finalità istituzionali. Dovrebbe contenere una sorta di "analisi degli scostamenti" in chiave strategica e informazioni tese a delineare e motivare le modificazioni di rotta che si siano rese necessarie, nonché le iniziative d'ordine strutturale che l'azienda ha deciso ed è in procinto di porre in essere.

Fonte: Regione Emilia Romagna - www.Regione.Emilia Romagna.it/conferenza

tatori di interesse (le organizzazioni sindacali, le associazioni di volontariato, i comitati misti, i dipendenti stessi delle aziende) hanno modo di accedere a informazioni altrimenti non desumibili dal bilancio economico-finanziario.

Volendo trarre alcune considerazioni di sintesi dalla presentazione di queste due significative esperienze di rendicontazione sociale da parte delle aziende sanitarie, possiamo individuare almeno tre aspetti significativi:

a) le molteplici finalità del processo di rendicontazione;

b) il necessario raccordo tra rendicontazione e sistemi di programmazione e controllo;

c) il legame stretto tra rendicontazione sociale e processi di apprendimento e cambiamento organizzativo nelle aziende sanitarie.

Come abbiamo già avuto modo di sottolineare, il bilancio di missione sperimentato in Emilia Romagna e il bilancio sociale della ASL di Biella, pur presentando una stessa natura, sembrano voler enfatizzare finalità diverse (ma compatibili) della rendicontazione sociale, più orientata alla comunicazione e alla legittimazione sociale la prima, più finalizzata alla *governance* istituzionale la seconda.

Volendo interrogarsi in modo più preciso sulle finalità del processo di rendicontazione sociale, vale a dire sulle ricadute che può generare all'interno e all'esterno del sistema di relazioni in cui l'amministrazione è inserita, in effetti possiamo individuare almeno sei diverse dimensioni:

- la dimensione contabile: il bilancio sociale serve a dare risposta all'esigenza di integrare e rivitalizzare il sistema di rendicontazione economico-patrimoniale in uso presso le aziende sanitarie, inadatto a rendere conto del valore prodotto per gli *stakeholder* dell'azienda;
- la dimensione comunicativa: il bilancio sociale consente di assegnare maggiore rilevanza al governo delle relazioni con l'esterno, alla trasparenza e al dialogo con la comunità locale;
- la dimensione politica: il bilancio sociale consente di riqualificare e rilegittimare socialmente l'azione pubblica, attraverso una maggiore trasparenza e visibilità delle scelte di politica sanitaria e la possibilità di valutazione condivisa delle ricadute di tali scelte;
- la dimensione di *governance* interna: il bilancio sociale fornisce uno strumento al livello regionale (ma in ultima analisi anche nazionale) per responsabilizzare le aziende sanitarie alla sostenibilità della spesa pubblica, anche con riferimento ai nuovi vincoli posti dal patto di stabilità europeo e dalle azioni di risanamento del *deficit* pubblico;
- la dimensione strategico-organizzativa: il bilancio sociale può essere uno strumento efficace per riorientare i processi di pianificazione, programmazione e controllo delle aziende sanitarie[29] e per ripensare l'assetto organizzativo dell'azienda[30];
- la dimensione professionale: il bilancio sociale permette di ridare senso al lavoro pubblico, riorientando l'organizzazione del lavoro alla consapevolezza e al miglioramento dei risultati prodotti per i destinatari, valorizzando e sviluppando le competenze e le professionalità, trovando nuove occasioni di motivazione e di responsabilizzazione degli operatori.

[29] *E in particolare sulla possibilità di coniugare gli strumenti di pianificazione e di supporto all'attuazione della strategia, come la Balanced Scorecard, con gli strumenti della comunicazione e della rendicontazione.*

[30] *Ad esempio, una diversa articolazione dei centri di responsabilità, più rispondente alla valutazione delle performance nei confronti dei singoli portatori di interesse dell'azienda.*

Ciò che è importante sottolineare è che le sei finalità descritte non devono essere considerate alternative: in realtà il dar conto dei risultati coinvolge naturalmente tutte le dimensioni. Quel che varia è il grado, l'intensità e la consapevolezza con cui ciascuna amministrazione incide attraverso la redazione del bilancio sociale su ciascuna di esse, come abbiamo visto nei due esempi citati.
Una seconda riflessione inerente l'applicazione dei principi della rendicontazione sociale alle aziende sanitarie riguarda la necessità che tale pratica non sia introdotta e vissuta dal personale come qualcosa di aggiuntivo e di estraneo al processo ordinario e formalmente previsto di programmazione e controllo di gestione. Se così fosse si tratterebbe solo di una defatigante e sporadica attività di confezionamento e di comunicazione di un documento, che tuttavia può nel tempo perdere di significato, di forza e di continuità.
Il bilancio sociale o di missione deve invece poggiare e trarre alimento soprattutto dai sistemi gestionali interni dell'ente: quanto più l'azienda ha perfezionato e reso efficace il proprio sistema interno di formulazione e traduzione degli obiettivi in azioni e di misurazione dei risultati e degli scostamenti, tanto più naturale, coerente ed affidabile sarà il processo con cui si "rende conto" all'esterno.
Il rapporto tra sistema di pianificazione, programmazione e controllo interno e processo di rendicontazione sociale può svilupparsi su tre livelli, ai quali corrispondono anche tre stadi diversi di maturità e integrazione tra i due sistemi; questi tre stadi di sviluppo possono essere così definiti:

1. la rendicontazione sociale come processo aggiuntivo al processo di pianificazione, programmazione e controllo;
2. la rendicontazione sociale come una delle modalità previste in modo strutturale dal sistema di rendicontazione dell'ente;
3. la rendicontazione sociale come visione e approccio di fondo del sistema di pianificazione, programmazione e controllo dell'azienda sanitaria.

Il bilancio sociale, quanto più sarà utilizzato secondo questa ultima modalità, potrà perdere la sua principale e quasi unica valenza di comunicazione esterna[31], e potrà rappresentare anche un'importante occasione per ripensare e portare a sintesi gli strumenti internamente già disponibili (piano strategico, bilancio di esercizio, budget, controllo strategico, controllo di gestione, contabilità analitica, ma anche strumenti di valutazione della qualità dei servizi, valutazioni costi-efficacia, etc.), aiutando l'azienda a orientare e focalizzare meglio le proprie scelte e i propri sistemi interni di controllo e valutazione.
D'altra parte l'ottica della rendicontazione sociale non deve solo riguardare la lettura a consuntivo dei risultati, ma anche condizionare il modo in cui si formulano le scelte e si decidono a preventivo le azioni da fare, valutandone le ricadute e l'impatto attesi. Deve quindi essere compenetrata nell'impianto complessivo del sistema di formulazione delle

[31] *Che peraltro è particolarmente enfatizzata da parte delle imprese che utilizzano il bilancio sociale e di coloro che ne vedono l'applicazione al contesto pubblico come mera mutazione dal settore privato dei principi della Responsabilità Sociale dell'Impresa.*

scelte, definizione degli obiettivi, programmazione delle azioni, controllo e valutazione dei risultati dell'azienda (e del sistema sanitario regionale).

Il terzo e ultimo aspetto da sottolineare è la valenza di apprendimento e cambiamento culturale e organizzativo che l'introduzione di logiche di rendicontazione sociale può assumere nelle aziende sanitarie. Certo, è necessario che ci siano alcune pre-condizioni, in assenza delle quali può essere difficile, se non fuorviante, introdurre principi di rendicontazione sociale; parliamo dei casi in cui l'azienda non abbia garantito un livello minimo di accesso e di qualità dei servizi erogati, non disponga di sistemi contabili affidabili, o non abbia sinora dimostrato attenzione a verificare se quanto programmato sia stato poi effettivamente realizzato. Da questo punto di vista il bilancio sociale o di missione non può diventare lo strumento con cui risolvere problemi strutturali di carenze nei servizi o nei sistemi di gestione.

Laddove tuttavia si voglia intraprendere un processo sistematico e rigoroso di rendicontazione, è opportuno garantire che questa iniziativa si radichi nell'organizzazione attraverso alcuni accorgimenti:

- garantire sistematicità all'esperienza nel corso degli anni e non abbandonarla dopo la prima edizione, sia per non vanificare l'accumulo di esperienza, sia per garantire una credibilità dello strumento all'interno e all'esterno dell'azienda;
- mantenere alta l'attenzione e l'attribuzione di importanza al processo di rendicontazione dell'amministrazione nei confronti dell'esterno più che alla produzione annuale del documento come adempimento;
- collegare il bilancio sociale ad azioni formative e a interventi di sviluppo organizzativo e delle competenze specialistiche del personale, avendo attenzione a coinvolgere quanto più possibile l'intera organizzazione (e non far diventare il bilancio sociale come "un problema dell'Ufficio controllo di gestione").

Per concludere, l'idea di fondo è che non è importante il bilancio sociale come documento *per ciò che è* ma *per ciò che produce*, per i processi che innesca all'interno e all'esterno dell'azienda[32]. Per questo riteniamo che l'adozione di una logica di rendicontazione sociale all'interno delle aziende e dei sistemi sanitari possa rappresentare un'importantissima occasione per far crescere i livelli di conoscenza dei bisogni di salute della popolazione, di formulazione delle scelte di politica sanitaria e di misurazione dei risultati raggiunti. In questo modo sarà possibile pervenire ad una maggiore maturità complessiva dei nostri sistemi sanitari locali e ad una più consapevole e condivisa tutela della salute dei cittadini.

[33] *Viviani M., (1999).*

12.4 Conclusioni

di *Frittoli G., Tanese A.*

In questo lavoro ci siamo proposti di presentare in una visione critica gli elementi essenziali della *Balanced Scorecard* e della rendicontazione sociale applicati alle aziende sanitarie. Circa la prima, abbiamo brevemente illustrato la genesi della BSC, le sue caratteristiche legate ad un'ottica bilanciata finalizzata a presidiare e controllare le forze contraddittorie e gli effetti generati sull'organizzazione da una pluralità di dimensioni. Kaplan e Norton, collegandosi ad altri riferimenti teorici, hanno dato un taglio procedurale alla loro creazione, disegnando il quadro completo delle sue relazioni con i processi di budget, d'incentivazione, di pianificazione strategica e delineando, come loro stessi hanno voluto definirlo, un sistema di *management*. Abbiamo poi esaminato alcuni vantaggi e criticità della sua applicazione evidenziando uno degli aspetti forse più rilevanti per il mondo della sanità: la BSC come strumento di comunicazione e di apprendimento organizzativo nel rapporto tra azienda e professionisti.

La tendenza a ricollegare la strategia al controllo, basato a sua volta sulla misurazione, ha oggi un fortissimo *appeal*. Se questo sta avvenendo, la ragione poggia certamente su un'esigenza reale sentita dalle aziende, cui la BSC dà una risposta, anche se non è detto debba necessariamente essere la migliore, l'unica o essere "originale", si potrebbe infatti affermare che l'approccio proposto dalla BSC passa anche per un "nuovo" uso di strumenti preesistenti. Kaplan e Norton, coscienti peraltro del rischio di un possibile scollamento tra la strategia deliberata e quelle emergenti (citando espressamente Mintzberg), sono i primi a sollecitare un uso molto elastico della *scorecard*. Affinché ciò sia possibile, è necessario che il sistema di misurazione e la tecnologia che lo supporta offrano garanzie di tempestività tali da consentire al *management* di capire se ciò che si controlla è davvero legato al successo dall'azienda, o non sia necessario rivedere l'intero sistema di controllo.

Invero, il rischio più grande dell'utilizzo del *performance measurement* in un'azienda sanitaria pubblica, che non ha la possibilità di confrontarsi in modo diretto con il mercato (come metro oggettivo delle sue *performance*), è quello di costruire un sistema totalmente autoreferenziale. Il problema è che non esiste in sanità una definizione di "valore" e un correlato sistema di misurazione che possa sancire in modo oggettivo e universalmente valido il successo dell'organizzazione.

Di qui riteniamo la necessità di correlare i sistemi di valutazione delle *performance* delle aziende sanitarie a processi di rendicontazione sociale, che trasferiscano sul piano istituzionale e relazionale (con i portatori di interesse) un meccanismo di valutazione dei risultati e di legittimazione altrimenti autoreferente. È in questo aspetto probabilmente il principale valore aggiunto dell'introduzione delle logiche e dei principi di rendicontazione sociale che abbiamo analizzato nel secondo capitolo.

Il sistema di relazioni nelle quali l'azienda sanitaria è inserita può in un certo senso sostituirsi ai meccanismi di mercato nella valutazione del successo aziendale, perché riconduce la misura del perseguimento delle finalità istituzionali dell'azienda sanitaria al grado di soddisfacimento delle attese dei legittimi (e contingenti) portatori di interesse. Non

quindi un criterio oggettivo e sempre valido, ma una modalità relazionale, costruita e contingente di valutazione, che attribuisce particolare importanza alla capacità dei singoli attori di svolgere ciascuno la propria parte. Di qui peraltro il ruolo centrale da parte della Regione, che attraverso l'introduzione dei principi della rendicontazione sociale, come abbiamo visto, può arricchire gli strumenti per il governo della sanità, affiancando al bilancio di esercizio delle aziende un bilancio di missione.
Strategia, azione e rendicontazione diventano così tre momenti di un unico processo di attuazione del mandato da parte delle aziende sanitarie che, pur avvalendosi della propria autonomia strategica, organizzativa e gestionale, utilizzano metodologie e strumenti manageriali efficaci per formulare le scelte, implementarle attraverso un sistema di obiettivi operativi, misurare e rendere conto dei risultati raggiunti.
In conclusione, la prudenza a fronte dell'introduzione di nuovi strumenti è d'obbligo, data la forte propensione (non solo nel sistema sanitario pubblico ma più in generale nel mondo delle organizzazioni pubbliche e private) a seguire rapidamente le "mode manageriali" del momento, salvo poi giudicarle altrettanto rapidamente superate.
Tuttavia riteniamo che strumenti con la BSC o il bilancio sociale (o di missione) possano essere considerati come elementi *soft* di un approccio nuovo alla misurazione delle *performance* in sanità, vale a dire come strumenti validi più per il proprio potere esplicativo che non per la metodologia che sottendono. Entrambi hanno infatti il merito di porre attenzione ai fattori di successo dell'azienda in un'ottica multidimensionale e di leggere proprio nelle relazioni tra le diverse dimensioni aziendali (risultato economico-finanziario, soddisfazione degli utenti, apprendimento organizzativo, etc.) gli elementi chiave per il governo del sistema. E inoltre assegnano entrambi centralità al processo di coinvolgimento dell'organizzazione, di motivazione e di comunicazione interna, proprio per creare maggiore consapevolezza e condivisione delle strategie e dei risultati dell'azienda. Sono entrambi strumenti potentissimi per dare senso e valore al contributo che ciascuno fornisce all'organizzazione, acquisendo una visione globale delle *performance* dell'organizzazione e non soltanto del proprio servizio[33].
Significativa, a questo proposito, è stata la testimonianza al *workshop*: "L'esperienza del *Balanced Scorecard* alla Ausl Bologna Nord" del 17 dicembre 2003 (Aa. Vv., 2003), presentata dalle 11 Unità Operative coinvolte nella sperimentazione. Tutti i relatori chiamati ad esprimersi sul lavoro svolto e sulla metodologia adottata hanno evidenziato, alcuni anche con toni entusiastici, un forte gradimento legato alla lettura sistemica e in chiave strategica dell'organizzazione:
"…la BSC rende visibile e comprensibile la strategia dell'Unità Operativa; richiede e favorisce un clima organizzativo basato sul coinvolgimento e la comunicazione invece che sul controllo; consente una valutazione multidimensionale (efficacia, appropriatezza, qualità percepita e qualità organizzativa) e multiassiale (punto di vista degli amministratori, degli

[33] *In questa visione globale la stessa performance economica, spesso oggetto di critiche da parte dei professionisti nelle aziende per il rischio discorsivo (si chiede di "fare margine" o di curare i pazienti?) può acquistare un altro significato e non essere più percepito come qualcosa di avulso, un mero condizionamento esterno all'autonomia clinica.*

operatori, dei clienti interni ed esterni) del Servizio; rispetto ai precedenti strumenti di programmazione/valutazione, fornisce una risposta "sistemica" ai bisogni conoscitivi gestionali, cioè basata sulle interconnessioni tra aspetti qualitativi e quantitativi del processo assistenziale più che su dati quantitativi di attività ..." (Donegani Piazza, U.O. Centro di Salute Mentale Ausl Bologna Nord).

Questo consente al medico e al manager di ragionare su una base comune, di parlarsi comprendendo le reciproche posizioni e prendendo le decisioni sull'attività a partire da presupposti condivisi. Per questo la BSC non è solo un sistema di misurazione ma di *management*, attraverso il quale rileggere e ricostruire l'alleanza medico-manager.

Analogamente, riteniamo che il bilancio sociale e di missione, costruito dal punto di vista dei destinatari dei servizi e delle attività dell'azienda, non serva solo a leggere i risultati a consuntivo ma ad orientare il processo stesso di definizione delle priorità, di formulazione delle scelte e di gestione dei servizi. La logica della rendicontazione sociale deve insomma diventare un modo di essere e di pensare di un'azienda e di un'amministrazione pubblica che recupera il senso e la legittimazione originaria della propria azione solo nella capacità di tradurre gli interessi eterogenei e i molteplici bisogni della comunità in scelte istituzionali, programmi di intervento e risultati resi quanto più possibile trasparenti, riconosciuti e validati dall'esterno.

Questo non vuol dire che le istituzioni pubbliche debbano ricercare solo il consenso né tanto meno che le aziende sanitarie e i professionisti che in esse operano debbano delegare ad altri le decisioni relative al governo clinico e alla tutela della salute dei cittadini. Ma, al contrario, che sappiano svolgere tale compito in modo esplicito e trasparente, "rendendo conto" ai cittadini e alle diverse categorie di portatori di interesse non solo dei contenuti delle proprie scelte, ma anche del processo con il quale sono state prodotte e dei risultati/effetti sociali cui hanno portato.

È un modo per rendere più immediato, accessibile e quindi più democratico il processo di funzionamento dell'azienda e del sistema sanitario nel suo complesso.

È certo che la redazione del bilancio sociale o l'utilizzo della BSC, in quanto strumenti, non possono da soli garantire questi risultati. Ma se il loro ingresso costituisce un'occasione per ripensare e gestire in modo nuovo alcuni processi aziendali chiave, allora presentano un forte potenziale di innovazione e di sviluppo per le aziende sanitarie. Ciò che rende d'altronde particolarmente interessante e fertile in questi anni la capacità di innovazione dal basso dei sistemi sanitari regionali[34] è proprio la possibilità che l'introduzione di nuovi strumenti di management sia vissuta come un processo in divenire ed evolutivo e non come il semplice allineamento ad un modello. Da questo punto di vista, è inutile cercare di individuare lo *standard* o il riferimento normativo cui associare tali iniziative; la dimensione "artigianale" e "multi-dimensionale" delle esperienze praticate sinora può essere considerata, almeno per il momento, una ricchezza da preservare.

[34] *Meneguzzo M., Tanese A., (2002).*

Bibliografia/References

Aa. Vv., (2003), atti del workshop: *L'esperienza del Balanced Scorecard alla Ausl Bologna Nord*, Bologna, 17 dicembre 2003 *www.auslbonord.it/bsc/index.html*

Amigoni F., Meloni G., (a cura di), (2002), *L'Integrazione dei sistemi di misure: Potenzialità e Vincoli del Modello Balanced Scorecard* in "Forum Economia & Management", n.4, luglio-agosto.

Anthony R. N., Dearden J., (1994) *Management Control Systems*, Irwin, Homewood.

ASL n.12 di Biella (2003), Bilancio sociale 2002.

Baraldi S., (2000) *Le performance manageriali. Sistemi di misurazione e valutazione*, Milano, Mc Graw-Hill.

Baraldi S., (2002), *The Balanced Scorecard in Hospitals: Performance Measurement as a Driver of Change*: A Case Study in "*Performance Measurement And Management Control*", Volume 12 209:233, Elsevier Science Ltd.

Baraldi S., Montaperto C., (2000), *Il Balanced Scorecard nelle aziende ospedaliere: L'esperienza del S. Carlo Borromeo*, da "Budget", n.24,.

Chow C. W., Ganulin D., Haddad K., Williamson J., (1998), *The Balanced Scorecard: A Potent Tool for Energizing and Focusing Healthcare Organization Management in* "*Journal of Healthcare Management*", 43:3, May/June.

Del Vecchio M., (2001), *Dirigere e governare le amministrazioni pubbliche – Economicità, controllo e valutazione dei risultati*, Milano, EGEA, 2001.

Deloitte & Touche Llp (1997), and VHA Inc., *Redesigning Health Care for the Millennium – 1997 Environmental Assessment*, VHA Inc..

Francisco P., *Bilancio Sociale 2002*, ASL di Biella

Kaplan R. S., Norton D. P., (1992), *The balanced scorecard – measures that drive performance*, in "Harvard Business Review", n.1, gennaio-febbario.

Kaplan R. S., Norton D. P., (1996) *Balanced Score Card*: translating strategy into action, Boston, Harvard Business School Press, trad. it. Balanced scorecard: Tradurre la strategia in azione, Torino, ISEDI, 2000.

Kaplan R. S., Norton D. P., (2001), *The Strategy-Focused Organization: how balanced scorecard companies thrive in the new business environment,* Boston, Harvard Business School Press.

Kaplan R. S., Norton D. P., (2004), *Strategy Maps: converting intangible assets into tangible outcomes*, Boston, Harvard Business School Press

Hinna L. (2004), *Il bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche. Processi, strumenti, strutture e valenze*, Milano, Franco Angeli.

Meliones J. N., Ballard R., Liekweg R., Burton W., (2001) *No Mission– No Margin: It's That Simple in* "*Journal of Health Care Finance*", Aspen Publishers, Spring.

Meliones J., *Scorecard "salva-pediatria"* in "Il Sole 24 Ore – Sanità Management ", Aprile 2002.

Meneguzzo M., Tanese A. (2001), *Sistemi sanitari regionali e capacità di innovazione delle aziende sanitarie: una periferia in movimento*, in "Mecosan", n. 37

Mintzberg H., (1994), "The Rise and Fall of Strategic Planning", Prentice Hall, trad.it. Mintzberg H., *Ascesa e declino della pianificazione strategica*, Torino, ISEDI, 1996.

OECD, *Performance measurement in government: performance measurement and result oriented management*, PUMA/OECD, 1994.

Rogate C., Tarquini T., (2003), *Il bilancio sociale nell'ente locale*, Rimini, Maggioli.

Tanese A. (a cura di), (2004), *Rendere conto ai cittadini. Il bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche*, Collana Analisi e strumenti per l'innovazione, Dipartimento della Funzione Pubblica, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane.

Viviani M. (1999), *Specchio magico. Il bilancio sociale e l'evoluzione delle imprese*, Bologna, Il Mulino.

Parte II

Politiche sanitarie: alcune esperienze internazionali

Capitolo 13

Evoluzione della spesa sanitaria nei Paesi OCSE

Colombo F.[1] , Mennini F.S.[2]

13.1 Introduzione

I Paesi OCSE impiegano un considerevole ammontare di risorse all'interno dei propri sistemi sanitari[3]. Nel 2002, ultimo anno di cui si hanno dati disponibili per un confronto a livello internazionale, la spesa sanitaria ha raggiunto, in media, un picco dell'8,5% del Prodotto Interno Lordo (PIL) dei paesi dell'OCSE. Gli Stati Uniti si distinguono per una spesa sanitaria pari al 14,6% del PIL, mentre l'Italia appare in linea con la media OCSE – 8,5% del PIL – sebbene vi sia stata una crescita importante tra il 2000 e il 2002.

La continua crescita della spesa sanitaria, così come rappresentata dai dati presenti in questo contributo, è conseguenza di una combinazione di fattori. Sviluppo delle tecnologie sanitarie, invecchiamento della popolazione e crescita delle aspettative della popolazione sono tra gli esempi più importanti. Durante gli ultimi dieci anni, la spesa sanitaria è cresciuta più velocemente dell'economia. Questo è dovuto in parte al rallentamento della crescita economica che ha caratterizzato gli ultimi anni. Tuttavia, la spesa sanitaria è cresciuta più rapidamente rispetto alla crescita economica anche prima che l'economia dei paesi OCSE mostrasse segni di rallentamento. Durante gli anni novanta, la differenza tra la crescita della spesa sanitaria e la crescita economica è stata di oltre un punto percentuale per la media dei Paesi OCSE. Inoltre, nel 2002 la crescita della spesa sanitaria ha mostrato una forte accelerazione nella maggior parte dei Paesi OCSE. Questa continua accelerazione ha accresciuto le preoccupazioni dei responsabili di politica sanitaria circa la sostenibilità finanziaria dei

[1] *Health Policy Unit, OCSE, Paris. L'autore è economista presso l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE). Le idee e l'analisi espresse in questo articolo sono quelli dell'autore e non riflettono necessariamente la posizione dell'OCSE.*

[2] *CEIS Centre for Health Economics and Health Care Management, Facoltà di Economia, Università di Roma "Tor Vergata".*

[3] *Questa analisi si basa su dati raccolti attraverso OECD Health Data 2004, l'ultima raccolta annuale di dati sui sistemi sanitari dei 30 paesi industrializzati membri dell'OCSE.. Questa nuova versione di OECD Health Data è stata per la prima volta diffusa in Italiano (OCSE Eco-Salute). Alcune tra le più rilevanti tabelle e grafici creati sulla base di OECD Health Data sono anche pubblicati ogni due anni in Health at A Glance. Ulteriori informazioni sono disponibili consultando: www.oecd.org/health/healthdata.*

Ringraziamenti: Gli autori ringraziano Eva Orosz e Elizabeth Docteur della Health Policy Unit dell'OCSE per i loro preziosi commenti sull'articolo originale, in inglese.

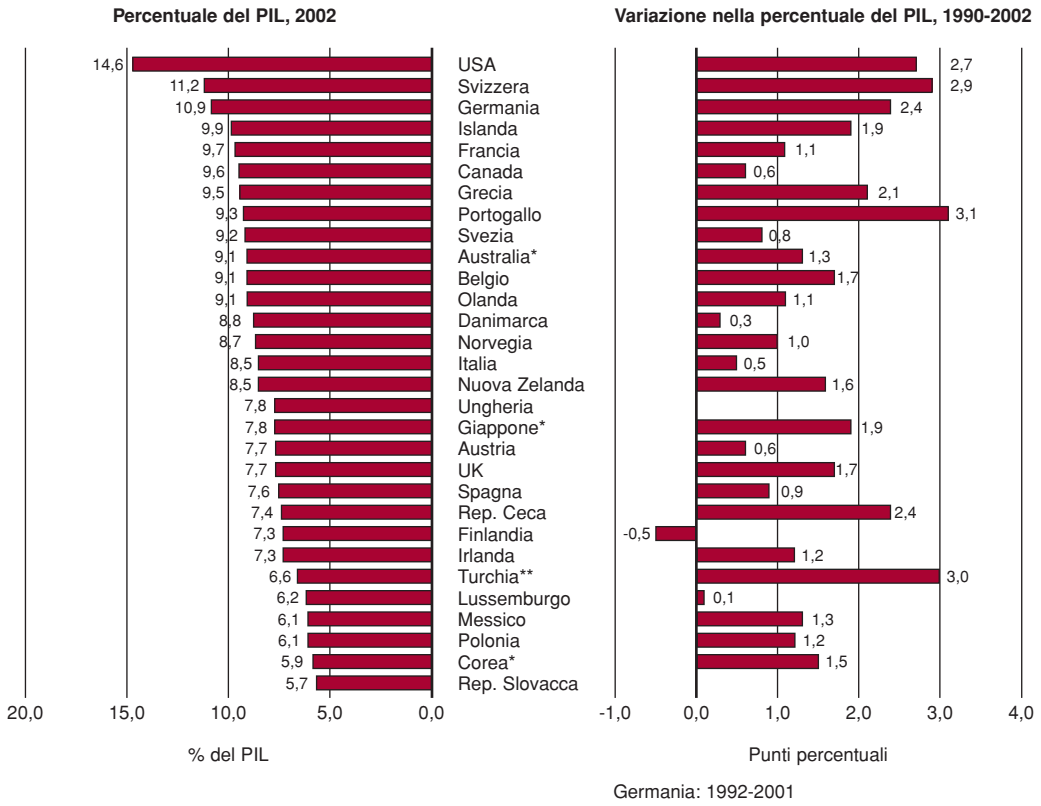
sistemi sanitari. La gran parte della spesa sanitaria è infatti finanziata attraverso risorse pubbliche e la crescita dei costi della sanità genera, di conseguenza, forte pressione sui già ristretti *budgets* pubblici di ogni singolo Paese.
Certo, non esiste facile risposta alla questione di quale sia il livello più corretto o più appropriato di spesa per la sanità. Nel corso delle due ultime decadi, i Paesi OCSE hanno implementato varie misure rivolte al contenimento dei costi e al miglioramento della situazione finanziaria dei sistemi sanitari, quali, per esempio, il graduale ridimensionamento nel settore ospedaliero e la riduzione del personale sanitario, la riduzione dei beni e servizi sanitari finanziati dal settore pubblico ed un aumento della quota a carico delle famiglie per quanto attiene, ad esempio, le cure dentali e le prescrizioni farmaceutiche. Tuttavia, un forte controllo sulla spesa sanitaria pubblica può condurre a difficoltà nel raggiungimento di altri obiettivi di politica sanitaria, quali per esempio una carenza del personale infermieristico e medico, senza contare l'allargamento delle liste di attesa inerenti la chirurgia elettiva.
Il presente contributo illustra l'evoluzione della spesa sanitaria dei trenta paesi OCSE. L'analisi si sofferma sulle principali tendenze e discute le differenze più importanti che emergono tra i Paesi analizzati. In primo luogo, viene analizzato il contributo della spesa sanitaria al PIL dei paesi OCSE e viene mostrato come la crescita della spesa sanitaria e il rallentamento della crescita economica abbiano portato ad accrescere l'importanza del settore sanitario all'interno del sistema economico. Il lavoro prosegue analizzando come la spesa sanitaria viene finanziata nei Paesi oggetto dell'indagine e infine esamina come le risorse vengono spese tra differenti beni e servizi sanitari. Quindi le conclusioni.

13.2 La spesa sanitaria quale porzione crescente dell'economia

I sistemi sanitari hanno rappresentato in media l'8,5% del PIL nel 2002. Ci sono tuttavia sostanziali variazioni tra i Paesi considerati. Gli Stati Uniti spendono per la sanità circa il 14,6% del PIL, seguiti dalla Svizzera con 11,2% e la Germania con il 10,9%. Al contrario, Paesi quali la Slovacchia, la Polonia, il Messico e la Corea[4] registrano una spesa inferiore della metà di quella degli Stati Uniti. L'Italia spende per la sanità un ammontare pari alla media dei Paesi OCSE (Figura 1).
La quota del Prodotto Interno Lordo destinata alla sanità, come già accennato nell'introduzione, è cresciuta in maniera costante nelle ultime decadi. Considerando solo i 22 Paesi per i quali è stato possibile effettuare un confronto sulla base di serie storiche, in media questa quota è passata dal 5,3% del 1970 all'8,5% del 1990, fino al 9,0% del 2002 (Tabella 1). Gli Stati Uniti hanno regolarmente speso più degli altri paesi a partire dal 1980. Per quanto riguarda l'Italia, si ha disponibilità di dati a partire dal 1988. A partire da questo periodo, la variazione della spesa sanitaria quale percentuale del PIL non è stata molto ampia, in particolare se confrontata con alcuni Paesi OCSE, quali ad esempio la Repubblica Ceca, la Turchia e il Portogallo, che sono stati caratterizzati da ampie variazioni (Figura 1, destra).
L'accresciuta importanza della spesa sanitaria all'interno dei sistemi economici dei Paesi OCSE è in parte una conseguenza della relativa lentezza della crescita del PIL rispetto alla

[4] *In Corea la spesa sanitaria ha rappresentato il 5,9% del PIL nel 2001.*

Figura 1 - Spesa sanitaria in percentuale del PIL – 2002



* 2001
**2000

Fonte: OECD Health Data 2004, 1st edition

crescita della spesa sanitaria. La differenza è stata certamente maggiore in determinati periodi. Tra il 1990 e il 2002, per una media di 27 Paesi dell'OCSE, la spesa sanitaria annuale pro-capite è cresciuta in termini reali[5] più velocemente di quasi un punto percentuale rispetto alla crescita del reddito reale pro-capite (3,5% contro 2,8% - Tabella 2). Nel 2002, la crescita della spesa sanitaria ha subito un'accelerazione in molti Paesi OCSE. Negli Stati Uniti, ad esempio, la quota di spesa sanitaria sul PIL è passata dal 13,0% al 14,6% (la spesa sanitaria è cresciuta tre volte più veloce del PIL). In Italia, la spesa sanitaria è cresciuta con un tasso moderato (2,1%), ma comunque più velocemente della crescita del PIL.
Il tasso di crescita della spesa sanitaria non è stato uniforme durante gli anni presi in esame (Tabella 3). Prendendo ad esempio quale riferimento gli anni novanta, è possibile suddividere questo decennio in tre differenti sottoperiodi per quanto riguarda la crescita della spesa sanitaria. Tra il 1990 e il 1992, la spesa sanitaria nei Paesi OCSE è cresciuta rapidamente in

[5] *I valori reali sono calcolati applicando il deflatore del PIL ai valori nominali.*

Tabella 1 - Spesa sanitaria totale in percentuale del PIL – 1970-2002

Paesi	1970[1]	1980	1990[2]	2000	2002[3]
Australia	5,6	7,0	7,8	9,0	9,1
Austria	5,3	7,6	7,1	7,7	7,7
Belgio	4,0	6,4	7,4	8,8	9,1
Canada	7,0	7,1	9,0	8,9	9,6
Repubblica CECA	...	...	5,0	7,1	7,4
Danimarca	8,0	9,1	8,5	8,4	8,8
Finlandia	5,6	6,4	7,8	6,7	7,3
Francia	5,4	7,1	8,6	9,3	9,7
Germania[a]	6,2	8,7	8,5	10,6	10,9
Grecia	6,1	6,6	7,4	9,7	9,5
Ungheria	...	...	...	7,1	7,8
Islanda	4,7	6,2	8,0	9,2	9,9
Irlanda	5,1	8,4	6,1	6,4	7,3
Italia	...	...	8,0	8,1	8,5
Giappone	4,5	6,5	5,9	7,6	7,8
Corea	...	...	4,4	5,1	5,9
Lussemburgo	3,6	5,9	6,1	5,5	6,2
Messico	...	...	4,8	5,6	6,1
Olanda	6,9	7,5	8,0	8,2	9,1
Nuova Zelanda	5,1	5,9	6,9	7,9	8,5
Norvegia	4,4	7,0	7,7	7,7	8,7
Polonia	...	...	4,9	5,7	6,1
Portogallo	2,6	5,6	6,2	9,2	9,3
Repubblica Slovacca	...	...	...	5,5	5,7
Spagna	3,6	5,4	6,7	7,5	7,6
Svezia	6,9	9,1	8,4	8,4	9,2
Svizzera	5,4	7,3	8,3	10,4	11,2
Turchia	2,4	3,3	3,6	6,6	...
Regno Unito	4,5	5,6	6,0	7,3	7,7
USA	6,9	8,7	11,9	13,1	14,6
OECD[b]	**...**	**...**	**...**	**8,0**	**8,5**
OECD (media 22 Paesi)[c]	**5,3**	**7,1**	**7,7**	**8,5**	**9,0**
EU (14) media[d]	**...**	**...**	**7,9**	**8,7**	**9,2**

a Per tutti gli anni precedenti il 1990, i dati per la Germania si riferiscono alla Germania Ovest
b La media per il 2002 non considera la Turchia.
c La media non considera: Rep. Ceca, Ungheria, Italia, Corea, Messico, Polonia, Rep. Slovacca e Turchia.
d La media include: Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Olanda, Portogallo, Spagna, Svezia, U. K..
1 Per l'Australia il dato è riferito al 1971, e per l'Olanda al 1972.
2 Per l'Ungheria il dato è riferito al 1991.
3 Per l'Australia, la Corea ed il Giappone il dato si riferisce al 2001.

Fonte: OECD Health Data 2004, 1st edition

Tabella 2 - Crescita della spesa sanitaria pro-capite confrontata con la crescita del PIL – 1990-2002

Paesi	Tasso di crescita reale annuo 1990-2001		Tasso di crescita della spesa sanitaria totale/ Tasso di crescita del PIL	Tasso di crescita reale annuo 2001-2002	
	PIL	Spesa sanitaria totale		PIL	Spesa sanitaria totale
Australia	3,6	3,9	1,1	2,6	...
Austria	2,2	2,5	1,1	1,4	1,8
Belgio	2	3,5	1,8	0,7	1,3
Canada	2,8	2,1	0,8	3,3	5,0
Repubblica CECA	0,4	4,0	10,0	2,0	3,7
Danimarca	2,3	2,0	0,9	1,0	2,9
Finlandia	1,8	0,4	0,2	2,3	6,7
Francia	1,9	2,4	1,3	1,2	3,8
Germania (1992-2001)	1,4	2,5	1,8	0,2	1,4
Grecia	2,5	4,4	1,8	3,9	4,6
Ungheria (1999-2001)	2,4	...	...	3,4	9,4
Islanda	2,7	3	1,1	-0,6	5,5
Irlanda	7,1	7,4	1,0	6,9	10,1
Italia	1,6	1,8	1,1	0,4	2,1
Giappone	1,4	3,7	2,6	-0,4	...
Corea	5,9	7,6	1,3	6,3	...
Lussemburgo	5,1	3,4	0,7	1,3	6,2
Messico	3,1	3,5	1,1	0,9	2,2
Olanda	2,8	2,7	1,0	0,2	6,4
Nuova Zelanda	2,9	2,9	1,0	4,4	9,0
Norvegia	3,6	3,4	0,9	1,1	8,2
Polonia	3,4	5,1	1,5	1,4	2,8
Portogallo	2,7	6,2	2,3	0,4	-1,1
Repubblica Slovacca	...	...	...	4,4	6,8
Spagna	2,7	3,2	1,2	2	1,9
Svezia	1,9	2,0	1,1	2,1	6,7
Svizzera	1,1	2,9	2,6	0,2	2,1
Turchia	2,5	...	...	8,4	...
Regno Unito	2,4	4,2	1,8	1,7	4,1
USA	3,0	3,1	1,0	2,4	6,9
OECD Media (27)[a]	**2,8**	**3,5**	**1,6**	**...**	**...**
OECD Media (25)[b]	**2,6**	**3,3**	**1,2**	**1,8**	**4,5**
EU(14) Media[c]	**2,8**	**3,3**	**1,2**	**1,7**	**3,7**

a. La media non comprende: Repubblica Slovacca, Ungheria e Turchia.
b. La media non comprende: Australia, Giappone, Corea, Repubblica Slovacca e Turchia..
c. La media include: Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Olanda, Portogallo, Spagna, Svezia, U. K.

Fonte: OECD Health Data 2004, 1st edition

Tabella 3 - Crescita reale media della spesa sanitaria pro-capite – 1970-2002

Paesi	1970-1980[a]	1980-1990	1990-1992	1992-1997	1997-2002[b]
Australia	4,1	2,6	3,1	3,8	4,4
Austria	7,4	1,5	4,7	1,5	2,5
Belgio	8,1	3,4	4,7	3,1	3,0
Canada	3,1	3,9	3,5	-0,3	4,7
Repubblica CECA	...	...	-2,1	8,0	2,7
Danimarca	2,9	0,8	0,3	1,7	3,2
Finlandia	4,6	4,7	1,6	-1,6	3,2
Francia	5,6	3,9	3,6	1,5	3,1
Germania (1992-2001)	6,2	1,8	4	2,2	1,8
Grecia	4,5	1,3	4,4	5,0	3,8
Ungheria (1999-2001)	...	...	...	0,1	6,9
Islanda	8,3	4,2	-0,6	1,7	6,3
Irlanda	8,5	0,1	9,5	4,8	9,8
Italia	...	...	3,3	-0,4	3,4
Giappone	7,1	2,4	4,1	3,6	3,5
Corea	...	...	6,5	7,0	9,0
Lussemburgo	7,2	4,8	4,1	2,0	5,0
Messico	...	...	9,7	-0,6	4,9
Olanda	...	2,3	3,6	1,5	4,3
Nuova Zelanda	2,1	2,9	1,5	2,4	5,2
Norvegia	9,2	3,3	5,7	3,2	3,6
Polonia	...	...	9,1	3,9	4,3
Portogallo	11,5	4,2	8,7	5,9	4,1
Repubblica Slovacca	...	...	...	...	2,7
Spagna	6,9	4,7	5,6	2,6	2,6
Svezia	4,4	1,1	-2,1	1,3	5,4
Svizzera	4,1	2,7	4,5	1,8	3,2
Turchia	...	3,6	3,4	5,1	...
Regno Unito	4,2	3,1	6,2	2,6	4,9
USA	**4,5**	**5,5**	**4,4**	**2,3**	**4,2**
OECD media (27)[c]	**n.a.**	**n.a.**	**4,1**	**2,6**	**4,3**
OECD media (21)[d]	**5,9**	**3,0**	**3,9**	**2,4**	**4,2**

a I tassi di crescita coprono il periodo 1969-1980 per l'Australia, ed il periodo 1971-1980 per la Danimarca
b Per l'Australia, Corea e Giappone, i tassi di crescita coprono un periodo fino al 2001.
c La media non comprende:Repubblica Slovacca, Ungheria e Turchia.
d La media non comprende:Repubblica Ceca, Ungheria, Italia, Corea, Messico, Olanda, Polonia, Repubblica Slovacca e Turchia.

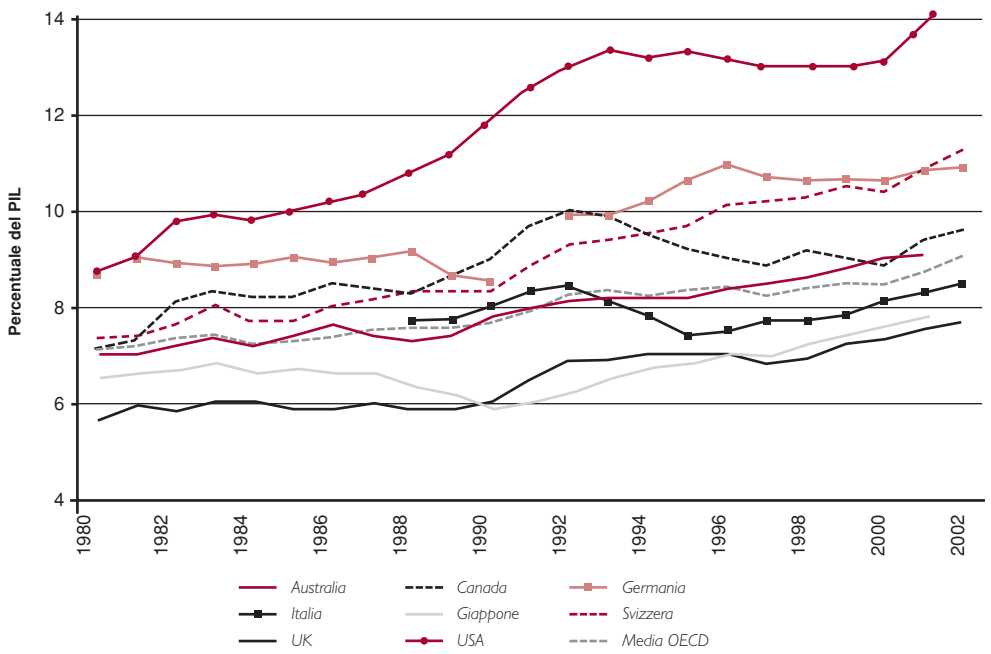
Fonte: OECD Health Data 2004, 1st edition

termini reali, con una media pari a 4,1%. Di fronte ad una crescita così sostenuta, la maggior parte dei Paesi considerati ha introdotto riforme e misure per tagliare la spesa sanitaria o contenere il suo tasso di crescita (Docteur and Oxley, 2003; Mossialos and Le Grand, 1999). Questo ha portato ad un rallentamento del tasso di crescita che in media è stato del 2,6% tra il 1992 e il 1997.

La spesa sanitaria ha tuttavia ripreso a crescere velocemente verso la fine degli anni novanta e tale crescita è continuata anche all'inizio del nuovo millennio. Negli Stati Uniti, sebbene gli sforzi delle assicurazioni private di introdurre tecniche di *managed care* abbiano portato a particolari successi durante gli anni novanta, una certa sia dei consumatori sia dei produttori di servizi sanitari nei confronti delle forme più stringenti della *managed care* hanno portato gli assicuratori a ridurre gli sforzi in questa direzione. I premi delle assicurazioni e i costi della sanità hanno ora ripreso una forte crescita (questo aspetto sarà maggiormente approfondito nel contributo di P.J. Feldstein). In alcuni Paesi, quali ad esempio la Gran Bretagna, il Canada e l'Irlanda, l'aumento della spesa sanitaria è stato una conseguenza di politiche volte ad accrescere il livello di spesa pubblica in sanità. Controlli del budget molto stringenti implementati nel corso degli anni precedenti avevano infatti determinato una forte riduzione della capacità produttiva e dell'attività chirurgica. Per esempio, preoccupazioni relative ad impopolari liste di attesa per la chirurgia elettiva hanno spinto i responsabili di politica sanitaria britannici a sbloccare gli stringenti vincoli di crescita della spesa (Hurst and Siciliani, 2003).

La crescita della spesa sanitaria non si è verificata in modo uniforme su tutti i Paesi (Figura 2). Ad esempio, durante gli ultimi venti anni è cresciuta molto più rapidamente rispetto alla media OCSE in alcuni Paesi caratterizzati da un basso livello di reddito e di spesa sanitaria

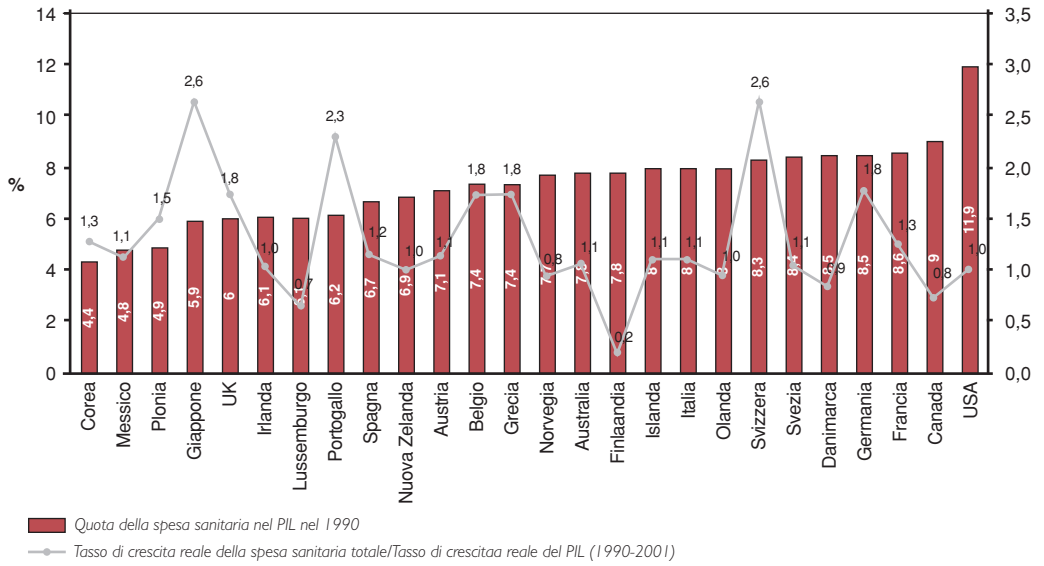
Figura 2 - Crescita della spesa sanitaria in rapporto al PIL – 1980-2001



Nota: la media OECD non comprende la Rep. Ceca, Francia, Grecia, Ungheria, Italia, Messico, Polonia, Rep. Slovacca e Turchia.
Germania: la coerenza della serie si interrompe tra il '90 ed il '92 (primo anno dopo la riunificazione).

Fonte: OECD Health Data 2004, 1st edition

Figura 3 - Tassi di crescita della spesa sanitaria in rapporto al PIL e spesa sanitaria quale quota del PIL nel 1990



Fonte: OECD Health Data 2004, 1st edition

pro-capite, quali la Corea, l'Irlanda e il Portogallo[6]. I tassi di crescita sono stati al di sopra della media OCSE anche in alcuni Paesi con un alto livello di reddito, quali l'Australia e la Gran Bretagna. La Germania, la Svizzera e la Francia hanno registrato un tasso di crescita della spesa sanitaria inferiore a quello medio OCSE, tuttavia anche questi Paesi hanno avuto tassi di crescita della spesa sanitaria al di sopra di quelli del PIL, portando negli anni ad una crescita della spesa sanitaria quale quota del PIL. Di contro, in Finlandia, Canada e in Italia, una rapida crescita del PIL ha comportato una stabilizzazione o, in alcuni periodi, una riduzione della quota di PIL rappresentata dal settore sanitario.

Alcuni Paesi, la cui quota di spesa sanitaria sul PIL era relativamente bassa negli anni novanta, hanno sperimentato una forte crescita della spesa sanitaria rispetto a quella del PIL. Ciò non significa, tuttavia, che i Paesi dove la spesa sanitaria rappresenta una quota più importante del PIL sperimentino necessariamente una crescita più bassa (Figura 3). La spesa sanitaria della Germania, Svizzera e Stati Uniti era già alta quale quota del PIL nel 1990, eppure questi Paesi hanno realizzato una rapida crescita della spesa sanitaria rispetto al PIL stesso. Questo sembra suggerire che l'avere una quota di spesa sanitaria del PIL elevata non necessariamente porti ad un rallentamento della crescita nella spesa.

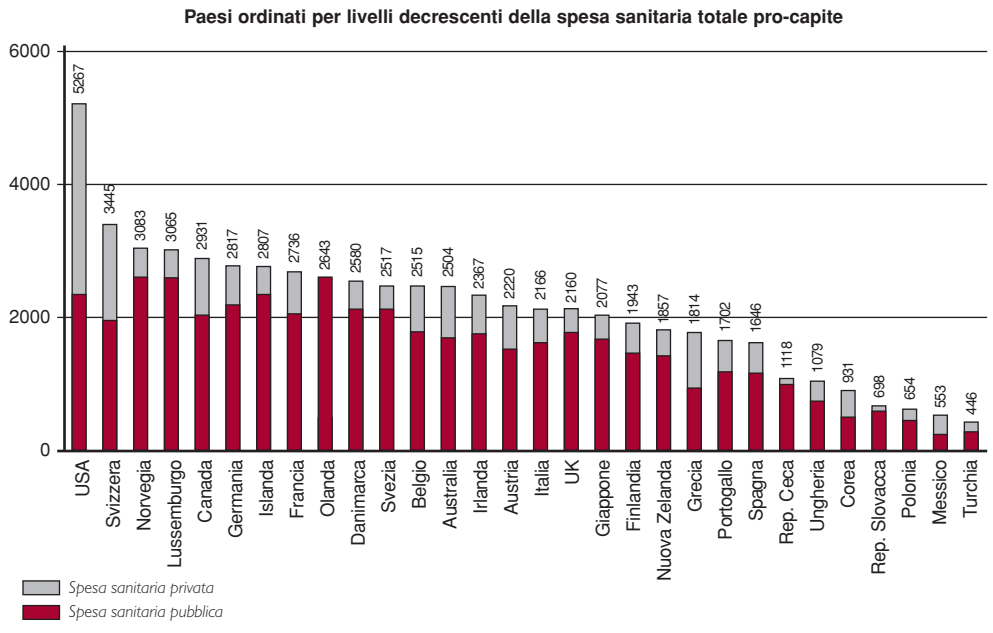
[6] *Questo ha portato questi Paesi ad avvicinarsi alla media di spesa sanitaria rispetto al PIL dell'OCSE, come illustrato nella Tabella1.*

13.3 La spesa sanitaria pro-capite nei Paesi OCSE varia considerevolmente

Gli Stati Uniti occupano la prima posizione anche per quanto attiene la spesa sanitaria pro-capite. Nel 2002 gli Stati Uniti hanno registrato un valore di spesa sanitaria pro-capite pari a 5,267 US$ Purchasing Power Parity (PPP), rispetto a meno di 1,000 US$ PPP per Paesi a bassi livelli di spesa quali il Messico, la Corea e i Paesi dell'Est (Figura 4). Gli Stati Uniti spendono più del doppio rispetto alla media OCSE (2,091US$PPP[7]), mentre spendono circa il 60,0% in più della media OCSE utilizzando quale indicatore la percentuale del PIL. L'Italia, con 2,166 US$ PPP, è praticamente in linea con il valore medio OCSE. Vi è anche variazione nella suddivisione della spesa sanitaria pro-capite tra pubblica e privata fra i Paesi analizzati, sebbene la spesa pubblica sia largamente superiore rispetto a quella privata nella maggior parte dei Paesi.

Le differenze riscontrate nella spesa sanitaria pro-capite tra i vari Paesi sono in parte riconducibili al livello di sviluppo economico. Nonostante questo, la relazione positiva tra il reddito pro-capite e la spesa sanitaria pro-capite, come illustrato nella Figura 5, è debole quando si considerino gruppi di Paesi a livelli differenti di sviluppo economico. Il reddito rappresenta certamente un fattore importante della crescita della spesa sanitaria nell'area OCSE, specialmente quando si considerino variazioni di spesa tra Paesi a diversi stadi della cre-

Figura 4 - Divisione della spesa sanitaria pro-capite in pubblica e privata-2002

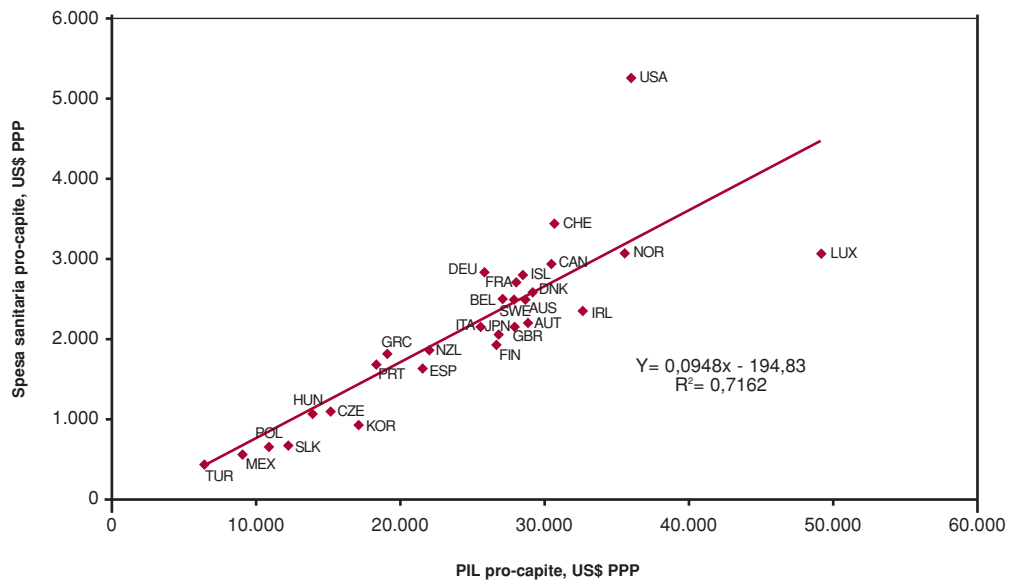


Fonte: OECD Health Data 2004, 1st edition

[7] *Il valore è per il 2002 e non tiene conto della Turchia, i cui dati non sono disponibili. Per l'Australia, la Corea ed il Giappone i dati si riferiscono al 2001 (OECD, 2004a).*

scita economica. Tuttavia, non esiste un unico o un più appropriato livello di spesa sanitaria per tutti i Paesi, specialmente quando si considerano i Paesi a più alti livelli di sviluppo economico. Mentre i Paesi più ricchi tendono a spendere più risorse per la salute, vi sono considerevoli variazioni nella spesa di Paesi aventi un livello di reddito confrontabile. Questa variazione, oltre al fatto che la relazione spesa-reddito è più debole per i Paesi ricchi, suggerisce inoltre come la crescita del reddito non necessariamente porti ad una crescita della spesa sanitaria. Altri fattori, incluse le scelte di politica circa l'organizzazione del sistema e gli aspetti regolatori, sono delle determinanti importanti dell'impatto sui livelli di spesa sanitaria[8]. Vi sono ugualmente differenze nella spesa sanitaria pro-capite tra Paesi che destinano le medesime quote di PIL al sistema sanitario (Figura 6). Ad esempio, sia la Grecia che la Francia hanno speso circa il 9,5% del PIL per la sanità nel 2002, ma la spesa sanitaria pro-capite della Grecia è stata inferiore del 50,0% rispetto alla stessa registrata in Francia. Variazioni nei livelli di spesa sono riconducibili a combinazioni differenti di prezzi e quantità di servizi sanitari nei vari Paesi. Ad esempio, sebbene la spesa negli Stati Uniti sia sostanzialmente più alta rispetto agli altri Paesi, il volume di servizi offerti è comparabile a quello degli altri Paesi OCSE[9]. Vari fattori spiegano la spesa più alta registrata negli Stati Uniti, quali ad esempio gli elevati costi amministrativi collegati al frammentato sistema di finanziamento e il mag-

Figura 5 - Spesa sanitaria pro-capite e reddito pro-capite – 2002

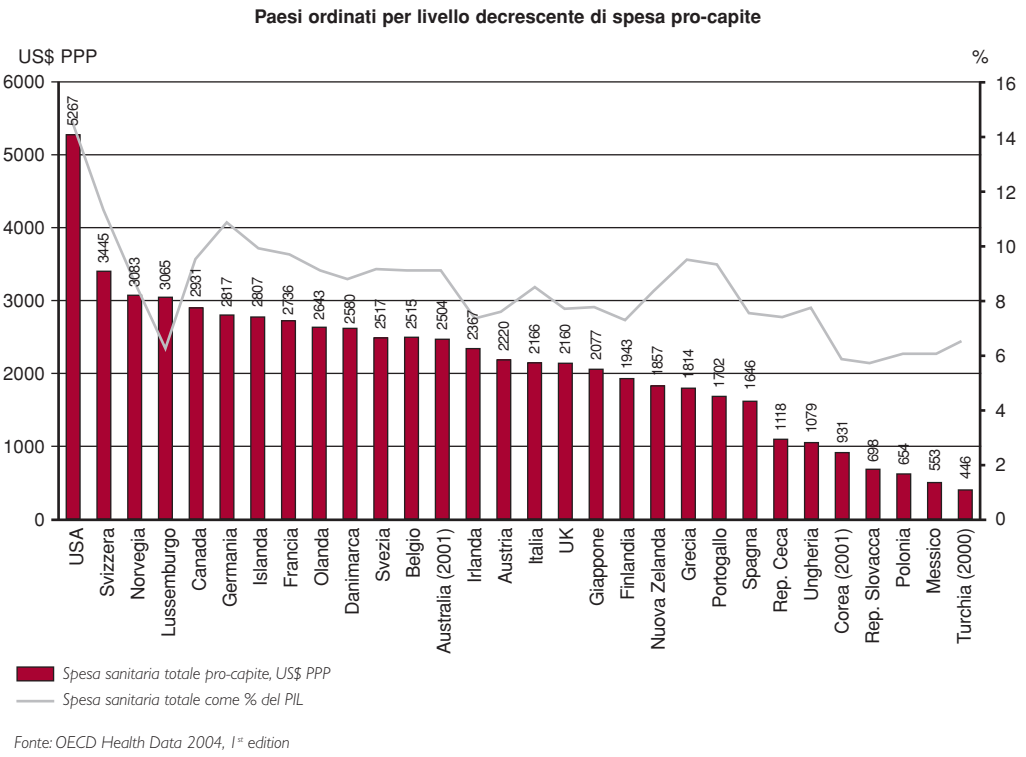


Fonte: OECD Health Data 2004, 1st edition

[8] *OECD, (2004b).*

[9] *Docteur et al., (2003).*

Figura 6 - Spesa sanitaria totale pro-capite e quale percentuale del PIL – 2002



Fonte: OECD Health Data 2004, 1st edition

gior potere di mercato dei fornitori di servizi sui terzi pagatori rispetto a quanto avviene negli altri sistemi sanitari dei Paesi OCSE, in particolare quelli dove i governi esercitano un potere contrattuale monopsonistico o collettivo sui fornitori[10]. Il fatto che il sistema sanitario degli Stati Uniti si basi su meccanismi di competizione fra assicurazioni e fornitori di servizi ha inoltre portato i medici a cercare di attrarre i pazienti attraverso l'intensità del trattamento, confort, attenzione nei confronti del paziente stesso e altri aspetti collegati alla qualità delle prestazioni, mentre gli ospedali attraggono pazienti e medici mediante meccanismi similari[11].

13.4 Il settore pubblico quale principale fonte di finanziamento della spesa sanitaria

La spesa sanitaria può essere finanziata attraverso differenti combinazioni di risorse pubbliche (entrate generali dello Stato e assicurazioni sociali sanitarie) e di risorse private (pagamenti a carico delle famiglie e assicurazioni private). Le assicurazioni private includono sia gli schemi assicurativi supportati dai datori di lavoro sia i contratti assicurativi individuali. I pagamenti a carico delle famiglie includono a loro volta sia i pagamenti diretti delle famiglie

[10] *Reinhardt et al., (2004).*

[11] *McClellan et al., (2002).*

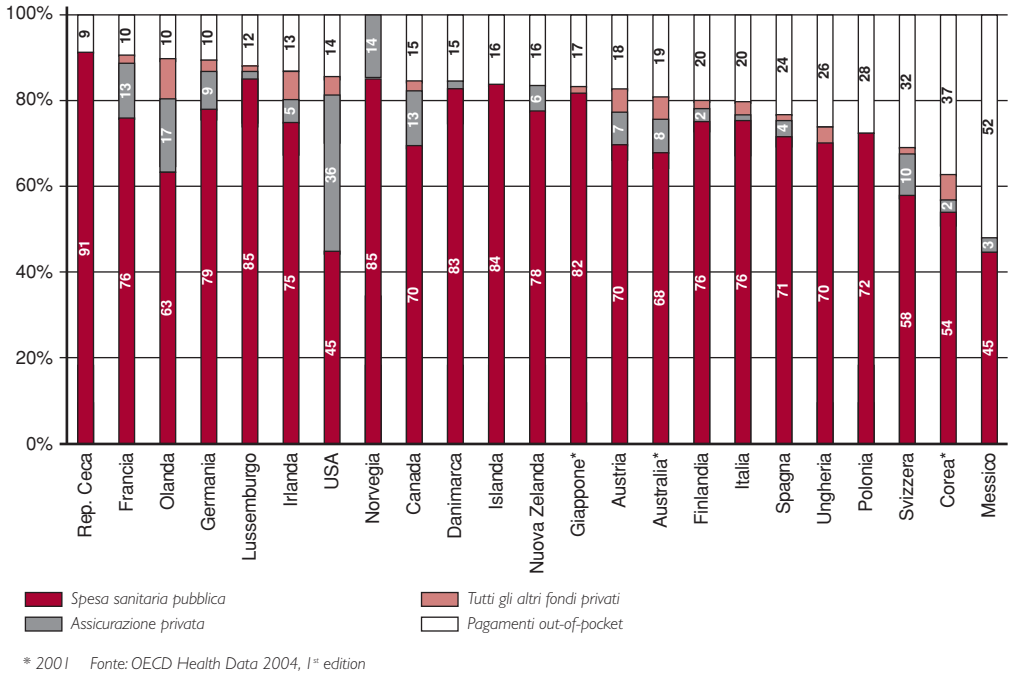
per l'acquisizione di beni e servizi sanitari, sia la quota di loro pertinenza prevista all'interno degli schemi di copertura.

I Governi dei Paesi OCSE hanno adottato tre differenti approcci al fine di assicurare alla maggior parte della popolazione una copertura della spesa sanitaria. Un primo gruppo di Paesi ha realizzato un sistema di copertura "universale" attraverso l'istituzione di sistemi nazionali di copertuna sanitaria, da ricondursi sia a sistemi finanziati attraverso la fiscalità generale che ad assicurazioni sociali (ad esempio i sistemi sanitari della maggior parte dei Paesi Europei, il Canada, l'Australia, la Nuova Zelanda, la Corea e il Giappone). Un secondo gruppo di Paesi ha introdotto sistemi di copertura pubblica di base solo per specifici gruppi della popolazione, lasciando agli altri gruppi l'opzione di comprare un'assicurazione sanitaria privata, di autoassicurarsi o di non assicurarsi del tutto. Nel caso degli Stati Uniti, sono previsti programmi di copertura pubblica solo per gruppi definiti, quali *Medicaid* per gli indigenti e *Medicare* per gli anziani, mentre la maggior parte della popolazione finanzia le spese sanitarie attraverso fonti private. Germania e Olanda, pur garantendo alla quasi totalità della popolazione una copertura sanitaria basata sulle assicurazioni sociali, prevedono che una parte della popolazione avente un reddito al di sopra di una certa soglia possa o debba rivolgersi al mercato assicurativo privato in sostituzione di quello pubblico. Un terzo approccio è rappresentato dalla Svizzera[12], dove si garantisce un sistema universale di copertura obbligando l'intera popolazione ad acquistare un'assicurazione sanitaria di base. Solo tre Paesi non hanno raggiunto una copertuna sanitaria universale: gli Stati Uniti, dove circa il 14,0% della popolazione non era coperta da alcun tipo di assicurazione sanitaria nel 2001; il Messico, dove circa la metà della popolazione non è compreso all'interno del sistema di sicurezza sociale; la Turchia, dove la copertura pubblica era disponibile per soli due terzi della popolazione alla fine degli anni novanta (OCSE, 2004c).

Il *mix* di schemi utilizzati al fine di garantire la copertura sanitaria al maggior numero di persone influenza la struttura di finanziamento dei sistemi sanitari stessi. Tuttavia, anche in quei Paesi dove vige un sistema di copertura universale, si può riscontrare un ricorso significativo alla spesa privata, che dipende da eventuali *gap* di servizi nei sistemi pubblici, dal livello di compartecipazione delle famiglie alla spesa e dal ruolo che rivestono le differenti forme di assicurazione sanitaria privata e l'ampiezza di questo mercato. Ad esempio, la Corea ha ralizzato un sistema di copertura assicurativa universale attraverso un sistema di assicurazioni sociali, tuttavia la spesa privata rappresenta una quota prossima al 50% del totale del finanziamento della spesa sanitaria (OCSE, 2003c). Dall'altra parte, sebbene solamente un quarto della popolazione statunitense sia coperta da programmi pubblici (*Medicaid* e *Medicare* in particolare), gli Stati Uniti figurano tra i Paesi con il più alto livello di spesa pro-capite finanziata dal settore pubblico nell'area OCSE, e la spesa pubblica quale quota del PIL è confrontabile con quella degli altri Paesi OCSE caratterizzati da un ampio finanziamento pubblico (Docteur et al., 2003).

[12] *Questo sarà il caso anche dell'Olanda dopo l'attuazione di riforme di recente approvazione che trasformeranno il sistema attuale, dove le persone con reddito al di sopra di una certa soglia non hanno diritto alla copertura tramite assicurazioni sociali, in un unico sistema di assicurazione privata obbligatoria per tutta la popolazione.*

Figura 7 - Spesa sanitaria per fonte di finanziamento – 2002



* 2001 Fonte: OECD Health Data 2004, 1st edition

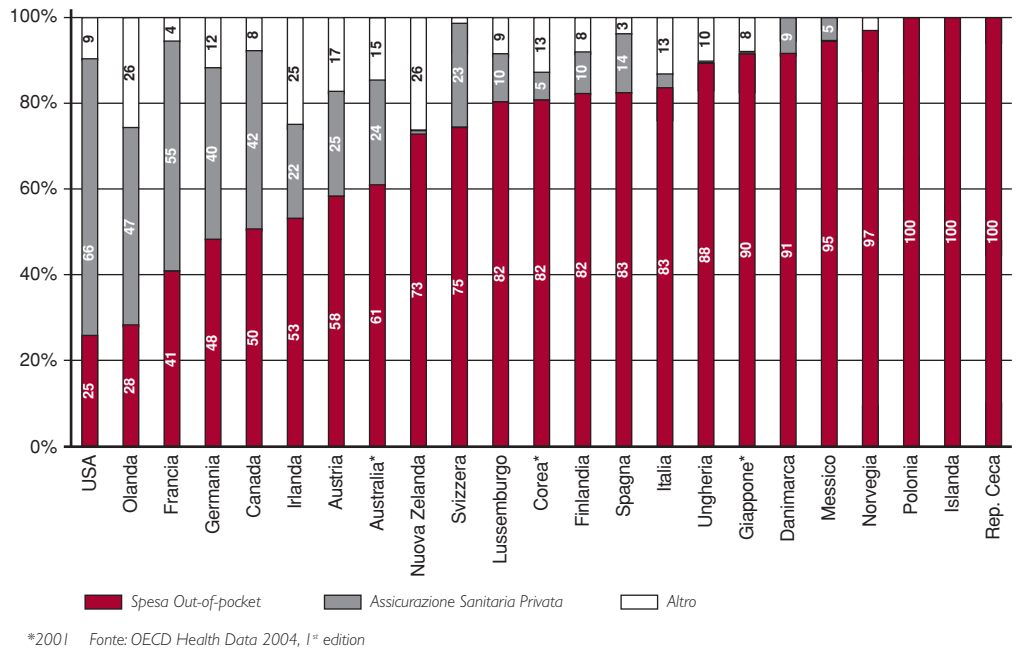
Il finanziamento pubblico rappresenta la fonte principale all'interno dei Paesi OCSE, ad eccezione della Corea, del Messico e degli Stati Uniti (Figura 7). Ammonta infatti, in media, a circa il 73,0% della spesa sanitaria totale registrata a livello OCSE nel 2002[13]. La quota pubblica è superiore dell'80% in diversi Paesi, quali la Repubblica Ceca, la Repubblica Slovacca, i Paesi Nord europei, il Giappone e la Gran Bretagna. L'Italia è posizionata leggermente al di sopra della media OCSE, con una quota pubblica del 75,6% del totale della spesa sanitaria. Per quanto attiene la spesa privata, i pagamenti a carico delle famiglie rappresentano il 19,4% del totale della spesa sanitaria nel 2002[14], o circa tre quarti del totale della spesa privata (nelle Figure 7 e 8 i Paesi OCSE sono raffigurati in ordine crescente rispetto alla quota di spesa a carico delle famiglie). La variabilità fra Paesi è abbastanza ampia. La spesa a carico delle famiglie è al di sopra del 30,0% della spesa sanitaria totale in Svizzera, Corea e Messico (ed è circa la metà del totale negli ultimi due Paesi). Per la maggior parte degli altri Paesi per i quali si hanno dati disponibili, questa voce varia tra un 10,0% e un 30,0% del totale della spesa sanitaria. In Italia, ad esempio, la spesa delle famiglie rappresenta un quinto del totale. Con l'eccezione degli estremi, i Paesi con reddito pro-capite più basso hanno la quota più

[13] *La media esclude la Turchia, per la quale i dati non sono disponibili. Per Australia, Giappone e Corea, i dati disponibili si riferiscono al 2001 (OECD, 2004a).*

[14] *La media esclude il Belgio, Grecia, Portogallo, Svezia, Turchia e la Gran Bretagna, per cui i dati non sono disponibili. Per Australia, Giappone e Corea, i dati disponibili si riferiscono al 2001 (OECD, 2004a).*

ampia di spesa a carico delle famiglie, e viceversa. La spesa a carico delle famiglie finanzia tipologie di beni e servizi sanitari differenti fra i vari Paesi OCSE. La voce relativa alla farmaceutica è senza dubbio una delle principali in molti Paesi, accompagnata, con variazioni tra Paesi, da quella relativa alla odontoiatria, alla lungo degenza e ai servizi ambulatoriali.
Inoltre, la spesa a carico delle famiglie rappresenta la forma più regressiva di finanziamento della sanità e può porre barriere all'accesso di gruppi con basso reddito, in particolare quando questi rappresentano una porzione significativa del reddito disponibile della famiglie. L'incidenza della spesa a carico delle famiglie sul totale dei consumi delle famiglie è cresciuta sensibilmente lungo l'arco degli ultimi dieci anni nei Paesi OCSE. Solamente in pochi Paesi, Danimarca, Francia, Corea e Stati Uniti, la quota è rimasta costante o è a volte diminuita[15].
L'assicurazione sanitaria privata rappresenta in media soltanto il 6,1% del totale dei finanziamenti[16] e circa un quarto del finanziamento privato per la sanità (Figura 8). I valori registrati variano tra il 36,0% del totale della spesa negli Stati Uniti e la totale assenza registrata in diversi paesi OCSE, dove non esiste un mercato delle assicurazioni sanitarie private. Non

Figura 8 - Divisione del finanziamento privato – 2002

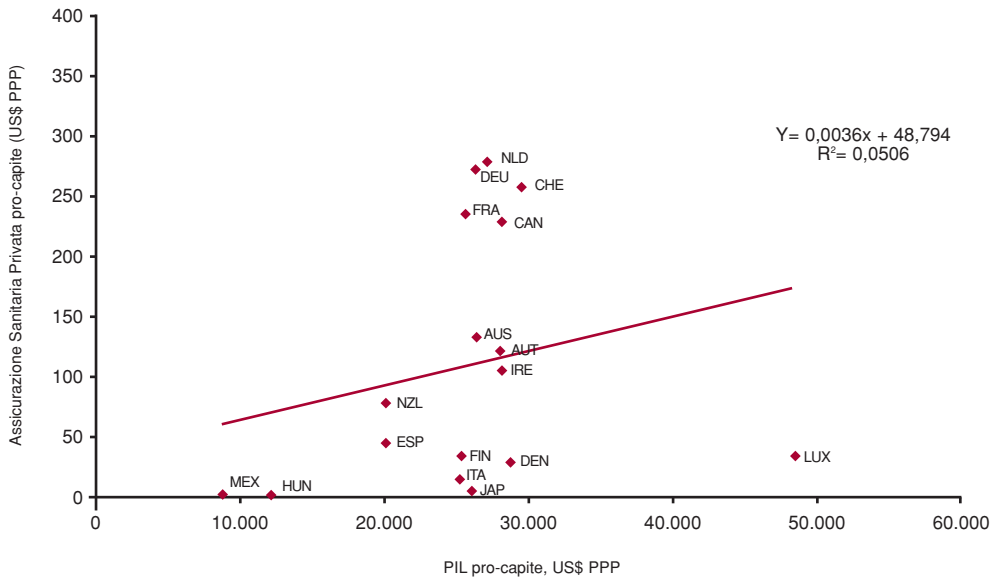


*2001 Fonte: OECD Health Data 2004, 1st edition

[15] *Huber and Orosz, (2003).*

[16] *La media non comprende il Belgio, la Grecia, il Portogallo, la Svezia, la Turchia e la Gran Bretagna, per i quali il dato non era disponibile. Per l'Australia, il Giappone e la Corea i dati erano disponibili soltanto per il 2001. Un certo numero di Paesi OCSE non ha un mercato delle assicurazioni sanitarie private o, laddove esiste, è praticamente insignificante; conseguentemente la loro contribuzione è stata stimata pari a zero (OECD, 2004a).*

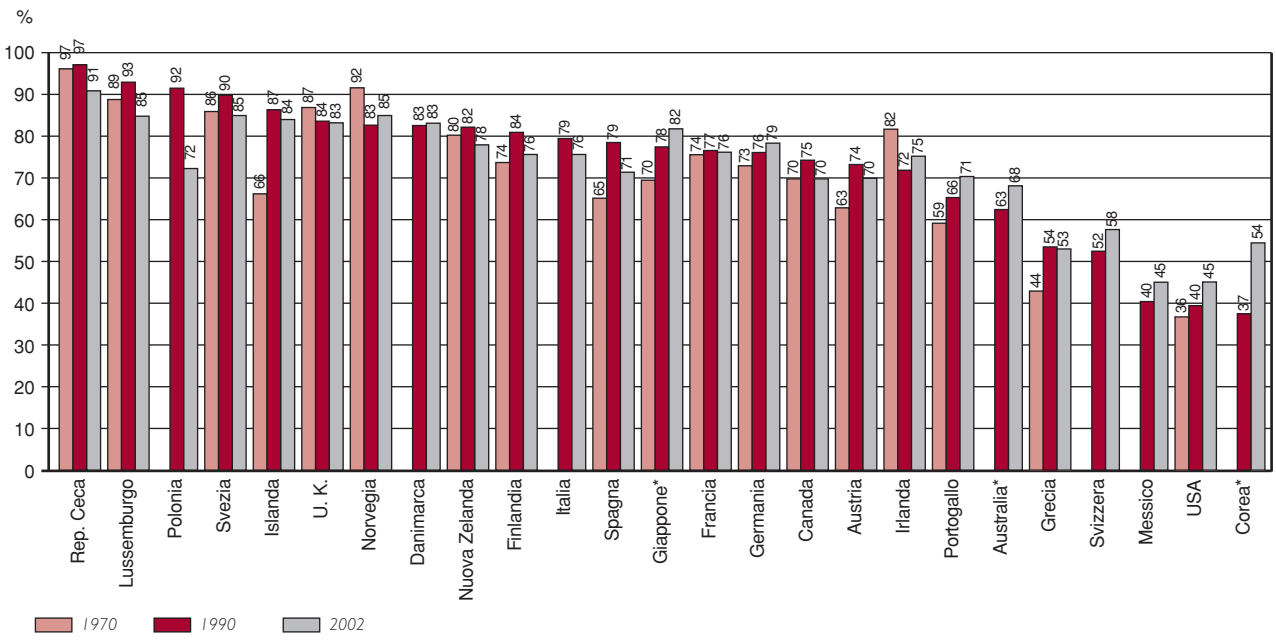
Figura 9 - Assicurazione sanitaria privata pro-capite e PIL pro-capite – 2000



Nota: Gli USA sono esclusi. Con l'inclusione degli USA, l'equazione diviene y = 7.1935x + 24476, with R² = 0.1004

Fonte: OECD Health Data 2003, 2nd edition

Figura 10 - Mutamenti nella quota pubblica di spesa sanitaria – 1970-2002



** 2001 Fonte: OECD Health Data 2004, 1st edition*

esiste una relazione tra l'importanza delle assicurazioni private nel finanziamento della spesa sanitaria totale e il livello di sviluppo economico del Paese (Figura 9). La variazione nell'importanza delle assicurazioni private sul totale della spesa sanitaria è dovuta sia a differenze tra i Paesi nella proporzione della popolazione coperta da programmi privati, sia alla eterogeneità dei pacchetti di copertura assicurativa forniti dagli assicuratori. Le assicurazioni private rappresentano l'unica forma di copertura per gran parte della popolazione negli Stati Uniti, dove i programmi pubblici garantiscono una copertura soltanto agli indigenti (*Medicaid*) e agli anziani (*Medicare*). Le assicurazioni private giocano un ruolo simile agli Stati Uniti ma per un gruppo più piccolo della popolazione in Olanda (dove un terzo della popolazione, quelli con reddito più elevato, non ha diritto ad essere coperto dell'assicurazione sociale) e in Germania (dove un decimo della popolazione opta per non fare parte della copertura pubblica offerta dai Fondi Assicurativi Malattia). Le assicurazioni private rivestono un ruolo importante quale risorsa finanziaria (oltre il 10,0% del totale della spesa sanitaria) in Canada, dove garantiscono una copertura per le spese farmaceutiche e odontoiatriche che non fanno parte del programma di copertura pubblica e in Francia, dove assicurano le spesa di compartecipazione delle famiglie (dal momento che la compartecipazione è molto elevata in Francia, l'assicurazione privata promuove l'accesso ai servizi sanitari, ma allo stesso tempo rischia di rendere sterili interventi, quali quelli di compartecipazione alla spesa, mirati a ridurre una domanda impropria di servizi sanitari). Le assicurazioni private duplicano inoltre i servizi offerti nei regimi universalistici in Australia, Irlanda, Nuova Zelanda, Italia e Gran Bretagna – tra gli altri – offrendo quindi un'alternativa privata e parallela al sistema pubblico[17].
La struttura del finanziamento della sanità è stata in linea di massima stabile negli anni. Tuttavia ci sono state alcune fluttuazioni, per esempio il finanziamento pubblico è cresciuto durante gli anni settanta, quindi si è stabilizzato e poi leggermete ridotto durante gli anni novanta. In Italia, la quota pubblica era del 79,3% nel 1990, è poi diminuita al 71,8% nel 1998, per poi aumentare fino al 75,0% nel 2003. Nel corso degli anni, sembra si sia verificata una certa convergenza nella quota di spesa pubblica all'interno dei Paesi OCSE. Paesi la cui spesa sanitaria pubblica era al di sopra della media OCSE hanno visto un declino nella quota pubblica; un discorso opposto accadde per quei paesi aventi una spesa pubblica inferiore alla media OCSE (Figura 10). I pagamenti a carico delle famiglie, quale quota della spesa sanitaria totale, sono lentamente aumentati nel corso degli anni.

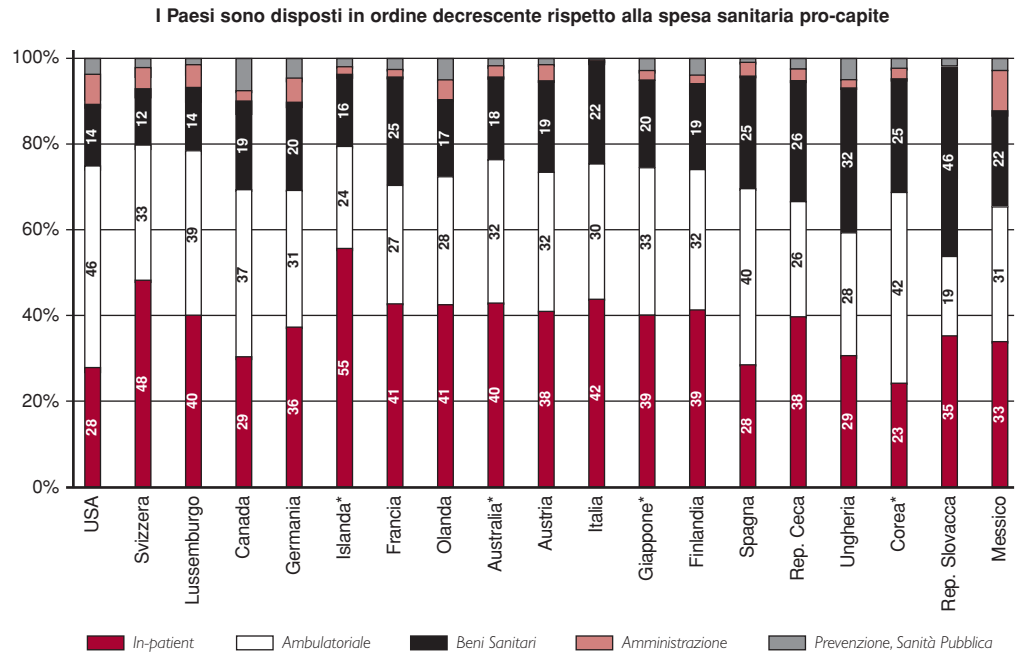
13.5 La spesa sanitaria per tipologia di servizio: il ruolo crescente della farmaceutica

I livelli di spesa sanitaria variano in modo considerevole tra i Paesi (Figura 11). Considerando i 21 Paesi per cui sono disponibili i dati, la spesa ospedaliera ha registrato nel 2002 una media del 37,0% della spesa sanitaria totale, confrontata con il 29,0% di quella ambulatoriale e il 21,0% dei beni sanitari[18]. Sebbene la prevenzione e la sanità pubblica siano consi-

[17] *Colombo and Tapay, (2004); OECD, (2004c).*

[18] *La media non comprende il Belgio, la Grecia, l'Irlanda, la Nuova Zelanda, la Norvegia, la Polonia, il Portogallo, la Turchia e la Gran Bretagna. Per l'Australia, l'Islanda, il Giappone e la Corea, i dati si riferiscono al 2001. I beni sanitari includono i farmaci e gli altri prodotti non-durables, e le apparecchiature mediche e gli altri medical durables (OECD, 2004a).*

Figura 11 - Spesa sanitaria per tipologia di servizio fornito



* 2001 Fonte: OECD Health Data 2004, 1st edition

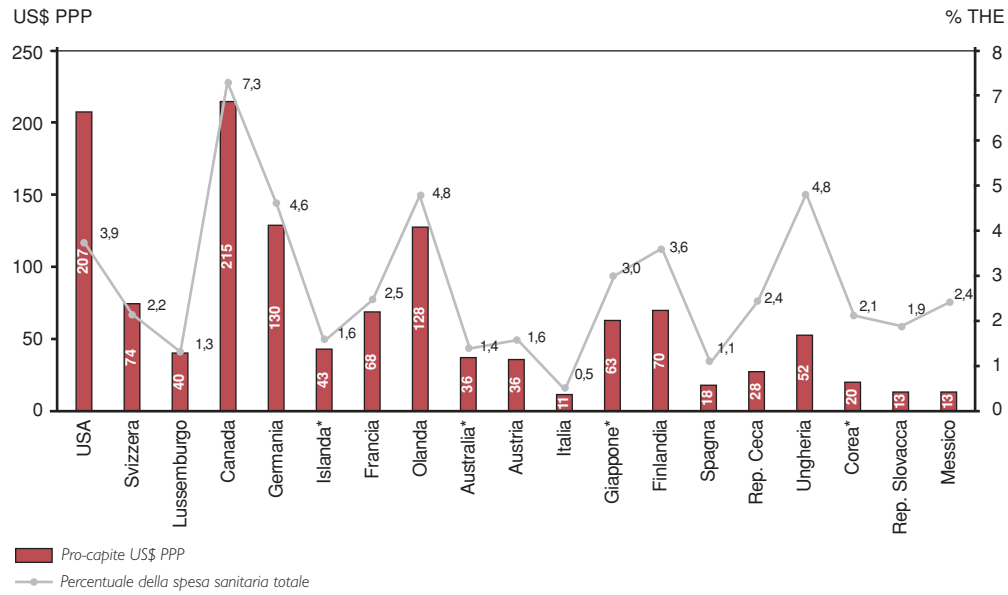
derate sempre più quali essenziali al miglioramento di indicatori di salute, i Paesi OCSE non destinano molte risorse ad attività volte ad evitare che gli individui si ammalino. In media, i Paesi OCSE spendono appena il 2,8% della spesa sanitaria totale in programmi di sanità pubblica e di prevenzione. L'Italia, in particolare, è uno dei Paesi che spende di meno nella prevenzione (sebbene vi siano delle differenze sostanziali fra le Regioni), con uno 0,5% della spesa sanitaria totale nel 2002.

I servizi ospedalieri rappresentano più del 50,0% della spesa sanitaria totale in Islanda e in Danimarca e circa il 50,0% in Svizzera. Al contrario, questi servizi rappresentano meno del 30,0% in Canada, negli Stati Uniti e in Spagna. I beni e servizi sanitari sono più di un quarto della spesa sanitaria totale in alcuni Paesi dell'Europa dell'Est (43,0% nella Repubblica Slovacca, 32,0% in Ungheria e 26,0% nella Repubblica Ceca), mentre gli Stati Uniti spendono soltanto il 14,0% del totale della spesa in beni sanitari. Nonostante la sua bassa quota, la spesa farmaceutica pro-capite negli Stati Uniti è la più alta dell'area OCSE (Figura 13). Nel 2002, l'Italia ha allocato il 41,0% della sua spesa sanitaria totale ai servizi ospedalieri, il 30,0% ai servizi ambulatoriali e il 22,0% ai beni e servizi sanitari, non allontanandosi molto dalla media OCSE.

Diverse ragioni spiegano la variazione nella distribuzione della spesa per tipologia di servizio. Queste includono, tra le altre, innovazioni nella tecnologia sanitaria, riforme dei governi per migliorare l'efficienza e modificazioni nell'allocazione delle risorse, incluse le riforme dei modelli di pagamento[19]. Differenze di prezzo inerenti a diversi fattori di produzione possono

[19] *Docteur and Oxley, (2003).*

Figura 12 - Spesa per la prevenzione e sanità pubblica pro-capite e quale quota della spesa sanitaria totale – 1970-2002



* 2001 Fonte: OECD Health Data 2004, 1st edition

anche influenzare le variazioni tra Paesi di cui sopra[20].

La farmaceutica rappresenta un'area importante, e in rapida crescita, della spesa sanitaria. Nel 2002, la spesa relativa a questa voce ammontava al 18,0% della spesa sanitaria totale per l'area OCSE[21]. Ancora, la variazione è sostanziale se si pensa che si passa dal 9,0% della Danimarca al 37,0% della Repubblica Slovacca. In Italia, la spesa farmaceutica è situata leggermente al di sopra della media OCSE, con un 22,0% (è utile qui sottolineare che circa il 50,0% è rappresentato dalla spesa privata).

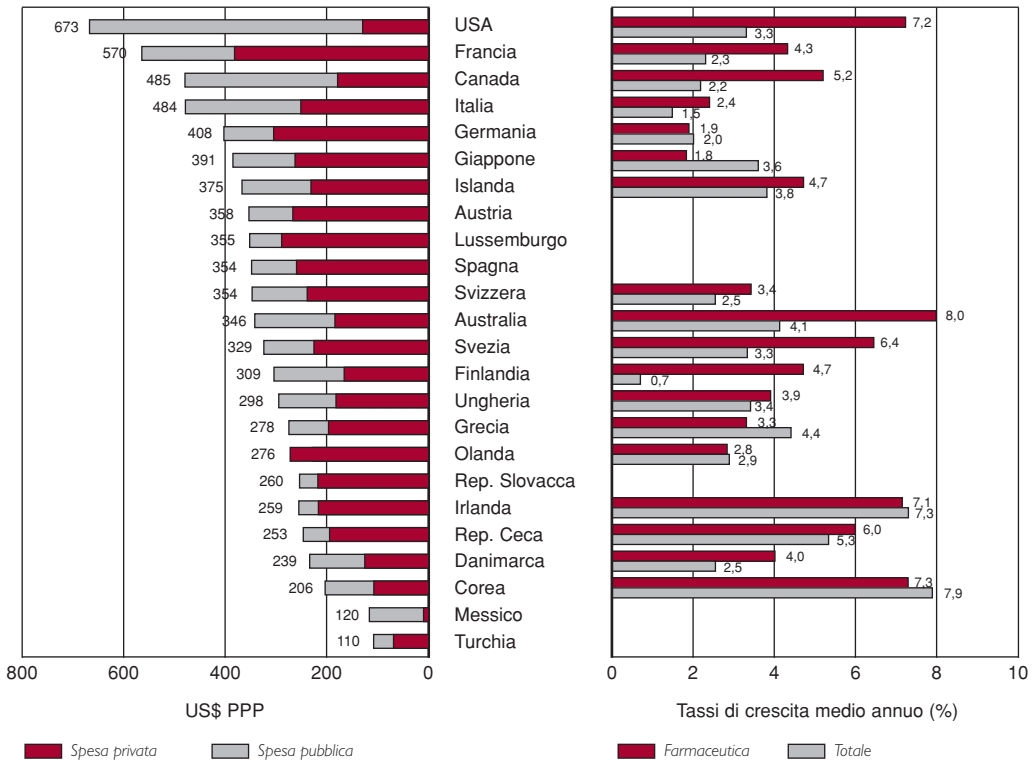
Le differenze fra i Paesi nella spesa farmaceutica riflettono una grande variabilità nei prezzi, nei volumi prescrittivi e nei consumi. Il Paese che spende maggiormente sono gli Stati Uniti. Nel 2002 gli Stati Uniti hanno registrato una spesa pari a 673 US$ PPP pro-capite nella farmaceutica. L'Italia è il quarto Paese in ordine di spesa farmaceutica pro-capite all'interno dell'area OCSE con 489 US$ PPP nel 2002, dopo la Francia e il Canada. Non vi è una relazione particolare tra i livelli di spesa pro-capite e l'importanza della spesa farmaceutica nel totale della spesa sanitaria. Infatti, Paesi con una spesa pro-capite simile possono avere quote di spesa per farmaci molto diverse. Ad esempio, la Danimarca e la Francia hanno circa la stessa spesa sanitaria pro-capite. Tuttavia, la Danimarca spende il 9,0% del totale della

[20] *Huber and Orosz, (2003).*

[21] *La media non include il Belgio, la Nuova Zelanda, la Norvegia, la Polonia, il Portogallo, la Turchia e il Regno Unito. Per Australia, Islanda, Giappone e Corea, i dati si riferiscono al 2001.*

Figura 13 - Spesa farmaceutica pro-capite, US$ PPP – 2002

Figura 14 - Crescita media annua della spesa farmaceutica e della spesa sanitaria totale –1992-2002



Note: Australia, Giappone, Corea 2001; Turchia 2000. I tassi di crescita per Austria, Lussemburgo, Spagna, Repubblica Slovacca, Messico e Turchia non sono disponibili

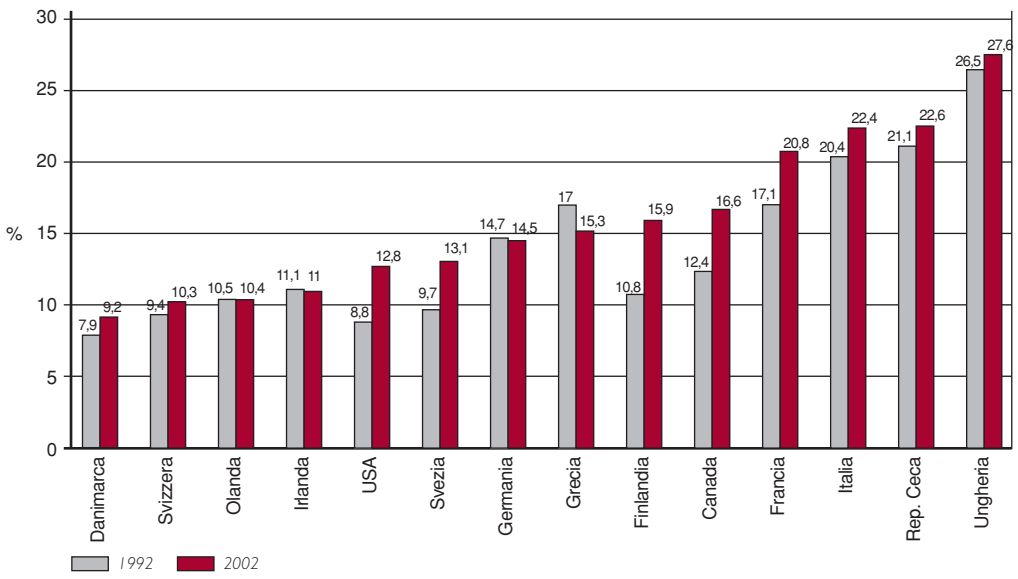
Fonte: OECD Health Data 2004, 1st edition

spesa sanitaria in farmaci, mentre la Francia spende il 21,0%.

La crescita della spesa farmaceutica è stata particolarmente sostenuta negli ultimi dieci anni, come illustrato nella Figura 14. Considerando il periodo 1992-2002, la spesa farmaceutica è cresciuta, in media, 1,3 volte più velocemente della spesa sanitaria totale ogni anno, ed 1,6 volte più velocemente in Italia. Questo è risultato, nel corso degli anni, in una crescente quota di spesa farmaceutica sul totale della spesa (Figura 15). Ad esempio, in Italia la spesa farmaceutica è passata dal 20,4% al 22,4% della spesa totale. Diverse ragioni spiegano questa rapida crescita, quali la produzione ed utilizzo di nuovi farmaci innovativi ma particolarmente costosi e la sostituzione di alcuni trattamenti chirurgici con l'utilizzo di farmaci.

Il finanziamento della spesa farmaceutica proviene, più che ogni altra tipologia di servizi sanitari, in larga parte da fonti private. Nel 2002 la spesa farmaceutica privata ha rappresentato l'80% del totale della spesa farmaceutica negli Stati Uniti, il 90% in Messico, il 62% in Canada e il 48% in Italia. In media, il 60% della spesa farmaceutica è stata finanziata attraverso fonti pubbliche nel 2002, mentre la spesa pubblica per i servizi ospedalieri ha rappresentato

Figura 15 - Crescita della quota di spesa farmaceutica sul totale della spesa sanitaria



Fonte: OECD Health Data 2004, 1st edition

l'85% del totale per questa voce di spesa. Questa differenza è spiegabile sia con i più alti livelli di compartecipazione alla spesa farmaceutica rispetto ad altre tipologie di servizio, sia con il fatto che le assicurazioni pubbliche non coprono una porzione significativa della spesa farmaceutica.

I Paesi OCSE sono intervenuti con diverse misure al fine di ottenere un contenimento del rapido tasso di crescita della spesa farmaceutica. Gli strumenti utilizzati spaziano dai controlli sui prezzi a misure tendenti al controllo della domanda di farmaci, o ancora interventi volti a influenzare i comportamenti prescrittivi. I prezzi di riferimento combinano misure di primo e di secondo tipo: si basano su livelli più alti di compartecipazione per coloro i quali utilizzano farmaci molto costosi rispetto a quelli che scelgono i più economici farmaci generici. Ulteriori misure di contenimento della spesa includono limitare il rimborso esclusivamente a quei farmaci di provata efficacia terapeutica o eliminare qualsiasi rimborso pubblico per farmaci di confort. Molti Paesi dell'area OCSE hanno privilegiato l'innalzamento del livello di compartecipazione, come ad esempio per quanto riguarda l'Italia, e hanno introdotto forme molto restrittive di controllo sulla tipologia e la quantità dei farmaci rimborsati dal settore pubblico[22].

[22] *Mossialos e Le Grand, (1999); Jacobzone, (2000); Docteur e Oxley, (2003).*

13.6 Conclusioni

La spesa sanitaria sta crescendo, e l'elevato costo della sanità è ancora una volta divenuto una preoccupazione per i responsabili di politica sanitaria. In Italia, sebbene la spesa sanitaria quale quota del PIL rispetti la media OCSE, la crescita della spesa sanitaria è stata più rapida della crescita del PIL nel corso degli ultimi dieci anni, come mostrato nelle tabelle precedenti. Tuttavia, le politiche di contenimento dei costi adottate da molti Paesi dell'OCSE durante gli anni novanta, non rappresentano necessariamente la soluzione ottimale per migliorare la sostenibilità finanziaria dei sistemi sanitari. Infatti, interventi di successo per razionare la capacità e i volumi della spesa sanitaria in molti Paesi OCSE hanno portato ad avere servizi sanitari che non soddisfano più le aspettative della popolazione, come nel caso delle lunghe liste di attesa per la chirurgia elettiva.

Le preoccupazioni inerenti all'ammontare di spesa sanitaria sono spesso poste in modo sbagliato. Quando, per effetto dello sviluppo economico, il reddito di un Paese aumenta, la sua popolazione necessariamente desidera destinare maggiori risorse alla sanità e al miglioramento della propria salute, specialmente nel momento in cui la popolazione invecchia e vi sono crescenti aspettative di poter usufruire di migliori servizi sanitari collegati a nuove tecnologie medicali. In realtà, non vi è nulla di intrinsecamente sbagliato nell'avere una spesa sanitaria elevata, se questo è ciò che le persone desiderano, anche se questo si traduce in livelli di consumo di altri beni e servizi più bassi.

Vi sono tuttavia almeno due tipi di preoccupazioni legittimamente associate alla crescita della spesa sanitaria. In primo luogo, la maggior parte della spesa sanitaria è finanziata dal settore pubblico. In Italia, le risorse pubbliche per il finanziamento della sanità rappresentano il 76% del totale della spesa, leggermente al di sopra della media OCSE. La crescita della spesa sanitaria, accresce naturalmente le preoccupazioni dei responsabili di politica sanitaria che si dibattono con *budget* pubblici sempre piu ristretti. In secondo luogo, e ancora più importante, la maggior parte delle risorse impiegate nella sanità non sono ad un livello ottimale di qualità ed efficienza (OCSE, 2004b). Vi è infatti sempre maggior evidenza di deficienze - quali ad esempio quelle legate ad una fornitura di servizi inadeguati o ad un utilizzo sub-ottimale di servizi di provata necessità, o ancora quelle legate ad errori medici – che risulta da morti inaspettate, handicap e un basso livello di salute, spesso con un'aggiunta di costi. Quindi, piuttosto che contenere la crescita della spesa sanitaria, che potrebbe risolversi in un indesiderabile *gap* tra le aspettative della popolazione e la capacità dei sistemi sanitari di fornire servizi, è sull'accrescimento dell'efficienza della spesa sanitaria che gli sforzi dei responsabili di politica sanitaria dovrebbero concentrarsi maggiormente nel futuro. Ancora, associato con quanto detto, misurare, analizzare e monitorare l'efficacia sono sicuramente azioni prioritarie al fine di ridurre la mancanza di trasparenza relative alla qualità e agli *output* forniti dai sistemi sanitari. Le analisi comparative a livello internazionale possono essere di aiuto sui due fronti, sia fornendo un *benchmark* per una valutazione più corretta delle *performances* dei sistemi sanitari nazionali, sia indicando una set di misure che i singoli Paesi possono implementare al fine di accrescere l'efficienza dei propri sistemi sanitari.

Chapter 13

Evolution of Health Expenditure in OECD Countries

Colombo F.[1] , Mennini F.S.[2]

13.1 Introduction

OECD countries are spending considerable amount of money on their health systems[3]. In 2002, the latest year available for international comparisons, health spending has reached a peak of 8,5% of their gross domestic product (GDP). In the United States, health spending reached 14,6% of GDP. In Italy, spending as a share of the economy was around the OECD average, although it rose rapidly between 2000 and 2002.

A combination of factors lies behind continued growth in health spending. Advances in medical technologies, population ageing and rising public expectations are among them. Over the past decade, health spending has outpaced economic growth. This is in part the result of economic slowdown, especially in 2000-2001. However, health spending growth exceeded economic growth even before the slowdown in the economy. During the 1990s, the difference between health spending growth and economic growth was over one percentage point for the average of OECD countries. And, in 2002, health spending has resumed fast growth in several OECD countries, giving rise to policy concerns about the sustainability of health systems financing. In fact, the large majority of health spending comes from public sources in most OECD countries, creating pressures on already stretched public budgets.

The question of the right or appropriate level of health care spending does not however have easy answers at hand. During the past two decades, OECD countries have implemented a variety of measures to contain cost and improve value for money in health systems. These included, for example, downscaling the hospital sector and decreasing the number of health personnel, reducing households entitlement to publicly financed goods and services, and increasing cost-sharing on, for example, prescription drugs and dental care. However, strong

[1] *Health Policy Unit, OCSE, Paris. The author is a health economist with the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). The views expressed in this article are those of the author and do not necessarily reflect the position of the OECD.*

[2] *CEIS Centre for Health Economics and Health Care Management, Faculty of Economics, University of Rome "Tor Vergata".*

[3] *This paper is based on data from OECD Health Data 2004, the latest available annual collection of data on the health systems of the 30 industrialised OECD member countries. This new version of OECD Health Data has been for the first time issued in Italian. Key graphs and tables based on OECD Health Data are also published by OECD every two years in Health at A Glance. More information can be found at: www.oecd.org/health/healthdata.*

***Acknowledgements** The author would like to thank Eva Orosz and Elizabeth Docteur from the OECD Health Policy Unit for their invaluable comments on this article.*

control on public spending on health might lead to difficulties in terms of other policy goals, including shortages in nurses and doctors and prolonged waiting times for elective surgery.
This article presents data on health care spending for the 30 OECD countries. It draws attention to main trends and reviews cross-country differences. The article first discusses the contribution of health care expenditure to countries' gross domestic product, showing how increasing health expenditure and the slowdown in economic growth contributed to a growing share of health in the economy. The article then analyses how health care expenditure is financed, and finally it reviews how it is spent on different types of medical goods and services.

13.2 Health expenditure represents a sizable and growing share of the economy

OECD health systems accounted for an average of 8,5% of GDP in 2002. There is nonetheless substantial variation across states. The United States spent on health as much as 14,6% of its GDP, followed by Switzerland with 11,2% and Germany with 10,9%. Conversely, countries such as Slovakia, Poland, Mexico and Korea[4] spent on health less than half of the United States. Italy spent on the health system around the OECD average (Figure 1).
The growing importance of health spending in the economy of OECD members is in part a consequence of a slower pace of GDP growth compared to health spending growth. The difference in such growth rates has been remarkable in certain periods. Between 1990 and 2002, for an average of 27 OECD countries, annual per capita real[5] health expenditure has grown almost a percentage point faster than the growth in real income per capita (3,5% versus 2,8%) (Table 2). In 2002, health care spending growth has accelerated in many OECD countries. In the United States, for example, the share of health expenditure in GDP increased from 13,0% to 14,6% of GDP – as health expenditure grew more than three times faster than GDP. In Italy, health spending has grown at moderate rates (2,1%), yet faster than GDP growth.
The rate of growth of health spending has not been uniform over the years (Table 3). For example, the decade of the 1990s can be broken down into three sub-periods of health spending growth. Between 1990 and 1992, health spending in OECD countries grew rapidly, at 4,1% on average. Mounting concerns over such fast growth rate brought several OECD countries to implement reforms and measures to cut health expenditure or reduce its pace of growth[6]. This led to a slowdown in the rate of growth of health spending, which was 2,6% between 1992 and 1997, on average.
Health expenditure started again to rise rapidly at the end of the 1990s, and this continued into the new millennium. In the United States, while insurers' efforts to manage care had met with some success during the 1990s, a combination of consumers' and providers' backslash against the most restrictive forms of managed care has led insurers to loosen their interventions in this area. Health premiums and health costs have now renewed fast growth, such as for example the Unite Kingdom, Canada and Ireland, health spending growth was the out-

[4] *In Korea, health spending as a share of GDP was 5,9% in 2001.*

[5] *Using GDP deflator.*

[6] *Docteur and Oxley, (2003); Mossialos and Le Grand, (1999).*

come of policies targeted to increase the level of public spending on health. Tight budget controls implemented in these countries in previous years had brought about restraints in capacity and surgical activity. Preoccupations over unpopular waiting times for elective surgery have encouraged policy makers in the United Kingdom to release tight grip on expenditure growth[7].

Health expenditure growth has also not occurred uniformly across countries (Figure 2). For example, in the past two decades it has been faster than the OECD average in some of the countries with lower levels of income and health expenditure per capita, such as Korea, Ireland and Portugal[8]. Growth rates have also been above average in some high-income countries, such as for example Australia and the United Kingdom. Germany, Switzerland and France had growth rates of health spending below the OECD average, yet also in these countries health spending remained above GDP growth rates, resulting in an increase of health spending as a share of GDP over the years. Conversely, fast GDP growth in Finland, Canada, and Italy brought about a stabilisation, or at time a reduction in the share of GDP devoted to health.

Some countries, whose share of health expenditure to GDP was relatively low in 1990, experienced high growth rates of health expenditure compared to GDP. Yet this does not mean that countries with a higher share of health spending in GDP have necessarily experienced slower growth in health spending (Figure 3). Germany, Switzerland, and the United States had both high health expenditure as a share of GDP in 1990 and fast growth in health spending relative to GDP. This seems to suggest that a high share of health spending in GDP needs not necessarily result in slower growth in total health expenditure.

13.3 Per capita health spending in OECD countries differs to large extent

The United States ranks first also for level of per capita health spending. In 2002, the United States spent 5.267 US$ Purchasing Power Parity (PPP) per capita on health care, compared to less than 1.000 US$ PPP of lower spending countries such as Mexico, Korea and eastern European countries (Figure 4). The United States spends over double the OECD average of 2.091 US$ PPP[9], while it spends about 60,0% more than the OECD average using the percentage of GDP as an indicator. With 2.166 US$ PPP, Italy spends on a per capita basis around the OECD average. There is also variation in the breakdown of per capita spending on health into public and private shares across the OECD, although public spending largely exceeds private spending for the majority of countries.

The level of economic development explains in part differences in per capita spending across countries. However, the positive association between income per capita and health expenditure per capita, shown in Figure 5, is weaker when clusters of countries with different levels of economic development are considered. Income is surely an important factor

[7] *Hurst and Siciliani, (2003).*

[8] *This brought these countries closer to the OECD average of health spending as a share of GDP, as shown in Table 1.*

[9] *The average is for 2002. It excludes Turkey, for which data are not available. For Australia, Korea and Japan, data are available for 2001 (OECD, 2004a).*

behind health expenditure growth, particularly when considering the variation in health spending across countries at different stages of development. However, there is no single, most appropriate level of health spending that fits all countries, especially when considering those at higher stages of development. While richer countries tend to spend more on health, there is considerable variation in spending among countries with comparable incomes. Such variation, and the fact that the income-spending relationship is weaker for richer countries, also suggests that income growth needs not necessarily result in spending growth. Other factors, including policy choices about health systems' structure and their regulation are likely to impact upon heath expenditure levels[10].

Similarly, there are variations in per capita spending on health for countries which have similar shares of their GDP accounted for by health systems (Figure 6). For example, both Greece and France spent around 9,5% of GDP on health in 2002, but health expenditure per capita in Greece was 50,0% lower than France. Variations in spending levels are due to a combination of cross-country differences in prices and volumes of health care. For example, while spending in the United States is substantially higher than any other OECD countries, it provides comparable volumes of care to other OECD countries[11]. A combination of factors explains higher spending in the United States, ranging from higher administrative costs linked to its fragmented financing system, to greater market power of providers over third-party payers than occurs in other OECD systems, particularly those where governments exercise monopsonic or collective bargaining power over providers[12]. Reliance on competition among insurers and providers in the United States also results in physicians trying to attract patients through intensity of treatment, amenities and other aspects of quality, while hospitals also attracted patients and physicians by similar mechanisms[13].

13.4 Public funding continues to be the main source of financing health expenditure

Health expenditure can be financed through different combinations of public sources (general government revenues and social health insurance) and private sources (out-of-pocket payments and private health insurance). Private health insurance includes both employer sponsored schemes and individually purchased policies. Out-of-pocket payments include both direct household payments for purchasing medical goods and services and cost-sharing on coverage schemes. Out-of-pocket payments represent health funding that is not reimbursed by either a public or a private third-party programme.

OECD governments have adopted three different approaches to ensure broad population coverage of health expenditure. A first group of countries has achieved universal or near universal cover through national public health coverage, be it a tax-funded system or a social health insurance programme (e.g., the Nordic, Mediterranean – including Italy – and Easter

[10] *OECD, (2004b).*

[11] *Docteur et al., (2003).*

[12] *Reinhardt et al., (2004).*

[13] *McClellan et al., (2002).*

European countries, Canada, Australia, New Zealand, Korea, Japan). A second group of countries has promoted basic public coverage only for specific population groups, leaving others with the option to buy private health insurance, self-insure or be uninsured (e.g., the Netherlands and Germany). In the case of the United States, only those who are poor or elderly are entitled to public coverage, while the majority of the population is reliant upon private funding sources. A third approach, represented by Switzerland[14], has been to ensure universal coverage by compelling the entire population to buy basic health insurance. Only three OECD countries have not attained universal health insurance: the United States, where about 14,0% of the population was uninsured in 2001; Mexico, where about half of the population is not part of the social security system; and Turkey, where public coverage was available for only two thirds of the population at the end of the 1990s[15].

The mix of schemes used to promote population coverage affects funding patterns of health systems. Yet even in countries which have achieved universal coverage there can be significant funding from private sources, depending on how large are service gaps on public systems, the importance of cost sharing, and the role and size of private health insurance markets. For example, Korea has achieved universal national health coverage through a social health insurance system, yet private sources account for nearly half of total health financing[16]. On the other hand, while only about one-quarter of the US population is insured through public programmes, the United States has one of the highest levels of public spending per capita in the OECD area, and public spending as a share of GDP is comparable to other OECD countries with larger share of public financing[17].

Public financing is the dominant form of health financing in all OECD countries but Korea, Mexico and the United States (figure 7). It accounted, on average, for 73,0% of total health care expenditure across OECD in 2002[18]. The public share was more than 80,0% in several countries, including the Czech and Slovak Republic, northern European countries, Japan, and the United Kingdom. Italy was positioned slightly above the OECD average, with a public share of 75,6% of total health expenditure.

Private, out-of-pocket payments represented 19,4% of total health expenditure in 2002[19], or about three-quarters of total private financing. (In Figure 7 and 8, OECD countries are ordered by increasing share of out-of-pocket spending). Cross-country variability is large. Out-of-

[14] *This will also be the case of the Netherlands after the implementation of recently-approved reforms to transform the current system, where individuals above an income threshold are not eligible to sickness fund coverage, into a uniform private health insurance system, mandatory for the entire population (Dutch Ministry of Health, Welfare and Sport, 2002)*

[15] *OECD, (2004c).*

[16] *OECD, (2003c).*

[17] *Docteur et al., (2003).*

[18] *Excludes Turkey, for which data are not available. For Australia, Japan and Korea, data are available for 2001 only (OECD, 2004a).*

[19] *The average excludes Belgium, Greece, Portugal, Sweden, Turkey and the United Kingdom, for which data are not available. For Australia, Japan and Korea, data are available for 2001 only (OECD, 2004a).*

pocket payments is above 30,0% of total health expenditure in Switzerland, Korea and Mexico (and it is around half of total financing for the latter two countries). For most other countries with available data, it varies between 10,0% and 30,0% of total health expenditure. In Italy, for example, household expenditure represents a fifth of total health finances. With exceptions on both ends of the spectrum, countries with lower per capita income have larger share of out-of-pocket spending, and vice versa. Out-of-pocket payments finance diverse health goods and services across OECD countries. Pharmaceuticals are one major component in most countries, while other components include, with variation across countries, dental care, long-term care, and outpatient services.

Out-of-pocket payments represent the most regressing form of financing health care costs, and can pose access barriers to low income groups, particularly when they represent a significant portion of households' disposable income. The incidence of out of pocket spending in total household consumption increased in most OECD countries over the past decade. Only in a few countries - Denmark, France, Korea and the United States - the share remained constant or even decreased[20].

Private health insurance (PHI) accounts on average for only 6.1% of total health funds[21] and about a quarter of private health funds (Figure 8). Its relative importance in financing total health expenditure varies between the high of 36,0% in the United States and the zero of several OECD countries with no PHI markets. There is no link between the importance of PHI in financing total health expenditure and the level of economic development of a country (Figure 9). Variation in the share of private health insurance in total health spending is due both to country differences in the size of the population covered by private policies, and to the heterogeneity of benefits that PHI insurers across the OECD area. PHI represents the sole form of cover for a large fraction of the population in the United States, where public programmes cover only the poor (Medicaid) and the elderly (Medicare). PHI plays a similar role for smaller population groups in the Netherlands (where one third of the population – those with upper-incomes – not eligible to social health insurance) and in Germany (where a tenth of the population opts out of sickness funds insurance). PHI also remains a sizable funding source (above 10,0% of total health expenditure) in Canada – where it pays for prescription drugs and dental care which are not publicly reimbursed – and France, where it covers cost sharing on the social security system. PHI also duplicates universal coverage in Australia, Ireland, New Zealand, Italy and the United Kingdom – among others – thereby offering a parallel, private alternative to universal public systems[22].

The structure of health financing has been by and large stable over time. There have been nonetheless some fluctuations, for example public health financing increased during the

[20] *Huber and Orosz, (2003).*

[21] *The average excludes Belgium, Greece, Portugal, Sweden, Turkey and the United Kingdom, for which data are not available. For Australia, Japan and Korea, data are available for 2001 only. A number of OECD countries have no or insignificant PHI markets, whose contribution was estimated as nil (OECD, 2004a).*

[22] *Colombo and Tapay, 2004; OECD, (2004c).*

1970s, then stabilised and declined slightly during the 1990s. In Italy, the public share of health expenditure was 79,3 in 1990, it then decreased in the 1990s to 71,8% in 1998, and then rose again to 75,0% in 2003. There seems to be some convergence in the share of public spending across the OECD area over time. Countries whose level of public spending on health was above the OECD average saw a decline in the public share over time, and the opposite patter occurred for countries with public spending below the OECD average (Figure 10). Out-of-pocket payments as a share of total health expenditure have slightly increased over time.

13.5 Spending on health by type of care: the growing role of pharmaceuticals

OECD countries differ substantially for levels of spending by different types of care (Figure 11). For the 21 countries for which data are available, inpatient care represented an average of 37,0% of total health expenditure in 2002, compared to 29,0% for ambulatory care and 21,0% for medical goods[23]. While prevention and public health are increasingly considered key to improvements in health outcomes, OECD countries do not allocate many resources to keep people from becoming ill. On average, OECD countries spent only 2,8% of total health expenditure on organised public and private prevention programmes. Italy is one of the countries with low investment in prevention, which accounted for 0,5% of total health expenditure in 2002.

Inpatient care represents over 50 % of total health expenditure in Iceland and Denmark, and nearly half in Switzerland. Conversely, it accounts for less than 30,0% in Canada, the United States and Spain. Medical goods and services are over a quarter of total health expenditure in some Eastern European countries, for example in the Slovak Republic (43,0%), Hungary (32,0%), and the Czech Republic (26,0%). Conversely, the United States spends only about 14,0% of total health expenditures on medical goods. Despite its low share, the absolute level of per-capita spending on pharmaceuticals in the United States is the largest in the OECD area (Figure 13). In 2002, Italy spent 41,0% of its total health spending on inpatient care, 30,0% on outpatient, and 22,0% on medical goods and services, not very differently from the OECD average.

Several reasons explain variation in the distribution of spending by type of care. These include, among others, innovation in medical technology, government reforms to improve efficiency and changes in the way resources are allocated, including for example payment reforms[24]. Cross-country differences in prices for different factors of production also influence such variation[25].

Pharmaceuticals represent a particularly important – and rapidly growing – area of health care spending. In 2002, expenditure for this item accounted for 18,0% of total health spen-

[23] *The average excludes Belgium, Greece, Ireland, New Zealand, Norway, Poland, Portugal, Turkey and the United Kingdom. For Australia, Iceland, Japan and Korea, data were available for 2001. Medical goods include pharmaceuticals and other medical non-durables, and therapeutic appliances and other medical durables (OECD, 2004a).*

[24] *Docteur and Oxley, (2003).*

[25] *Huber and Orosz, (2003).*

ding for the OECD area[26]. Yet, variation is substantial, as this item accounts between 9,0% (in Denmark) and 37,0% (in the Slovak Republic) of total health spending. In Italy, it was slightly over the OECD average, with 22,0%.

Country variation in pharmaceutical spending also reflect large variation in unit prices, and volumes prescribed and consumed. The United States is the largest spender. In 2002, this country spent as much as 673 US$ PPP per capita on pharmaceuticals. Italy is the fourth largest spender on this item in the OECD area, with per capita 489 US$ PPP in 2002, following France and Canada. There is no necessary link between levels of per capita spending and the importance of pharmaceuticals in total health expenditure. In fact, the share spent on pharmaceuticals can vary greatly for countries with similar health spending per capita. For example, Denmark and France have roughly the same spending per capita on health. Yet, Denmark spent 9,0% of total expenditure on pharmaceuticals in 2002, while France spends 21,0%.

Growth in pharmaceutical spending has been notable in the past 10 years, as shown in Figure 14. Considering the period between 1992 and 2002, spending on pharmaceuticals grew, on average, 1.3 times faster per year than total health expenditure, and 1.6 times faster in Italy. This has resulted in an increasingly large share of pharmaceuticals in total health spending over the years (Figure 15). For example, drugs expenditure went from 20,4% to 22,4% of total health expenditure in Italy. Several reasons explain such fast growth rate, ranging from the production and adoption of new drugs, particularly expensive ones, and the substitution of certain surgical treatments with drugs.

Financing of pharmaceuticals comes to a larger extent from private sources than other types of health services. For example, in 2002 private expenditure on pharmaceuticals represented 80,0% of total pharmaceutical spending in the United States, 62,0% in Canada and 48,0% in Italy. On average, public expenditure in OECD countries represented 60 % of total spending on pharmaceuticals in 2002, while public spending on inpatient care accounted for 85,0% of total spending for this item. This difference is due both to higher levels of cost-sharing for pharmaceuticals than for other categories of care, and to the fact that a significant portion of spending on pharmaceuticals is not covered under public insurance schemes.

OECD countries have intervened in different ways to contain the fast rate of growth in pharmaceutical spending. Tools adopted range from price controls to measures intended to control the demand for pharmaceutics or influence prescription patterns. Reference prices combine measures of the first and of the second type: they are based on higher patient cost-sharing for individuals using high-cost products rather than less expensive generic drugs. Other measures include restricting reimbursement to drugs of proven therapeutic values and delisting other comfort drugs. Several OECD nations have increased cost-sharing, as has been the case of Italy, and introduced tight controls over the type and number of drugs publicly reimbursed[27].

[26] *The average does not include Belgium, New Zealand, Norway, Poland, Portugal, Turkey and the United Kingdom, for this data are not available. For Australia, Iceland, Korea and Japan, data used are from 2001.*

[27] *Mossialos, and Le Grand, (1999); Jacobzone, (2000); Docteur and Oxley, (2003).*

13.6 Conclusions

Health care spending is rising, and the high cost of health systems in once again on the policy makers' agenda. In Italy, while health spending as a share of GDP accounts for around the OECD average, expenditure growth has been faster that GDP growth over the past decade. Yet, cost containment policies, as implemented in several OECD countries during the 1990s, are not necessarily the solution to address continuing challenges posed by the financial sustainability of health systems. In fact, successful interventions to ration health sector capacity and volumes of care in some OECD countries have resulted in health services that no longer match population expectations, as in the case of long waiting times for elective surgery.

Concerns over health expenditure are often not well placed. As countries becomes richer, individuals will necessarily want to put more resources into improving their own health, especially as population ages and expectations for more and better care linked to new health-related technological advances rise. In fact, there is nothing intrinsically wrong with high levels of health spending, if that is what people want, even if the result is lower overall consumption of other goods and services.

There are nonetheless at least two sets of concerns that are legitimately associated with rising health care spending. First, most health spending is still publicly funded. In Italy, public sources of funding health care represent 76,0% of total health expenditure, which lies slightly above the OECD average. Increases in health expenditure obviously raise concerns for policy makers struggling with overstretched public budgets. Second, and more important, much of the spending on health systems is not at an optimal level of efficiency and quality[28]. There is growing evidence of shortcomings – ranging from provision of inappropriate services to underuse of needed services and errors in health-care delivery – that result in unnecessary deaths, disability, and poor health, often adding to costs as well.

Rather than containing health expenditure growth, which might bring to an undesirable mismatch between population expectations and the ability of health systems to provide, it is on improving the efficiency and value for money from health spending growth that policy makers' efforts ought to concentrate for the future. And, associated with that, measuring, analysing and monitoring the effectiveness of health spending are surely priority to reduce a certain lack of transparency about the quality and outputs of health systems. International comparative analyses can help on both grounds, by providing a benchmark for assessing the performance of national health systems, and by providing a toolkit of measures that countries can implement to improve the efficiency of their health system.

[28] *OECD, (2004b).*

Bibliografia/References

Atella V., Donia Sofio A., Mennini F.S., Spandonaro F. (edited by) 2003, *CEIS Health Report 2003*, Italpromo Esis Publishing

Colombo, F. and Tapay, N. (2004). *Private Health Insurance in OECD Countries. The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems*. OECD Health Working Papers, No. 15. Paris: OECD. (Available at www.oecd.org/health).

Docteur, E. and Oxley, H. (2003). *Health Care Systems: Lessons from the Reform Experience*. OECD Health Working Papers, No. 9. Paris: OECD. (Available at www.oecd.org/health).

Docteur, E., Suppanz, H. and Woo, J. (2003). *The U.S. Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform*. OECD Economics Department Working Paper No. 350. Paris: OECD. (Available at www.oecd.org/health)

Dutch Ministry of Health, Welfare and Sport (2002). *A Question of Demand. Outlines of the reform of the health care system in the Netherlands*. The Hague: Ministry of Health, Welfare and Sport

Huber, M. and Orosz, E. (2003). *Health Expenditure Trends in OECD Countries, 1990-2001*. Health Care Financing Review, Vol. 25, No. 1, pp 1-22 Fall 2003

Hurst, J., and Siciliani, L. (2003). *Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: A Comparison of Policies in Twelve OECD Countries*. OECD Health Working Papers, No.6. Paris: OECD. (Available at www.oecd.org/health).

Jacobzone, S. (2000). *Pharmaceutical Policies in OECD Countries: Reconciling Social and Industrial Goals*. OECD Labour Market and Social Policy Occasional Paper, No. 40. Paris: OECD.

McClellan, M., Every, N., Garber, A., Heidenreich, P., Hlatky, M., Kessler, D., Newhouse, J. P. and Saynina, O. (2002), *Technological Change in Heart Attack Care in the United States: Causes and Consequences*, in M. McClellan and D. Kessler (eds.), *Technological Change in Health Care: A Global Analysis of Heart Attack*. University of Michigan Press, pp. 21-54.

Mossialos, E. and Le Grand, J. (1999). *Cost containment in the EU: an overview*. In Mossialos, E. and Le Grand, J. (eds), *Health Care and Cost Containment in the European Union*. Ashgate, Aldershot.

OECD (2004a). OECD Health Data 2004, 1st Edition. CD-ROM and user manual. Paris: OECD (www.oecd.org/health/healthdata).

OECD (2004b). *Towards High-Performing Health Systems*. Paris: OECD.

OECD (2004c). *Private Health Insurance in OECD Countries*. Paris: OECD.

OECD (2003a). *OECD Reviews of Health Care Systems: Korea.* Paris: OECD.

OECD (2003b). *Health at a Glance, 2nd Edition. OECD Indicators 2003.* Paris: OECD.

OECD (2003c). *OECD Health Data 2003, 2nd Edition.* CD-ROM and user manual. Paris: OECD (www.oecd.org/health/healthdata).

Reinhardt, U.E., Hussey, P.S., and Anderson G.F. (2004). *U.S. Health Care Spending In An International Context*. Health Affairs, May/June 2004, Vol. 23, No. 33, pp. 10-25.

Capitolo 14

Politiche sanitarie in Francia: i recenti sviluppi

Rochaix[1] L. , Hartmann[2] L.

14.1 Introduzione

Nonostante i risultati positivi ottenuti nel 2000 nella classifica della WHO (al primo posto in una lunga lista di Paesi), da allora la Francia ha presentato dei livelli di deficit, relativi a fondi dell'istituto delle assicurazioni contro le malattie *National Health Insurance* (NHI) così alti da necessitare una valutazione della performance globale dello stesso sistema sanitario.
La Francia si è classificata al quinto posto tra i Paesi dell'OCSE in termini di spesa relativa al Sistema Sanitario Nazionale, il quale rappresentava circa il 10,14% del PIL nel 2003[3]. Nel corso degli ultimi quarant'anni, la spesa sanitaria ha registrato un tasso annuale di crescita più veloce di quello del PIL, con una media del 2,5%. Negli ultimi tre anni, il fondo relativo all'assicurazione sulla salute dei lavoratori salariati (*Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés*, CNAMTS) ha presentato deficit crescenti (3,5 miliardi di Euro nel 2002, 10,2 miliardi di Euro nel 2003, e sono attesi 14 miliardi per il 2004). La somma dei deficit relativi alla fine del 2004 dovrebbero avvicinarsi a 30 miliardi di Euro, e, a meno che non vengano adottate misure drastiche, potrebbero raggiungere i 260 miliardi di Euro nel 2013.
Una serie di relazioni governative hanno analizzato le *performance* del sistema dal 2000, da angolazioni diverse sebbene complementari. Nel 2002, l'allora Ministro della Sanità, E. Guigou, ha costituito una *task force* concentrata sul settore delle cure ambulatoriali e degli appalti[4], la quale ha fornito tutte una serie di raccomandazioni. Nel 2003, è stata anche pubblicata, ad opera di Chadelat, un rapporto riguardante la relazione intercorrente tra assicuratori, e da Berland un altro nel 2002 relativo all'offerta delle cure sanitarie dei professionisti. Successivamente, alla fine del 2003, è stato costituito dall'allora Ministro della Sanità J.F. Mattei l'*Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie* (Alto Consiglio per il futuro dell'assicurazione sulla salute). Nel gennaio 2004 è stata presentata una relazione ben documentata da parte di tale organismo allargato, composto dai rappresentanti dei maggiori esponenti del settore sanitario. Prendendo le mosse dalle diagnosi esistenti, la relazione raccoglie un consenso generale nell'indicare i principali fallimenti del sistema. La sua potenziale

[1] *GREQAM (Groupe de Recherches en Economie Quantitative d'Aix-Marseille) et IDEP (Institut d'Economie Publique), Centre de la vieille charité, 2 rue de la charité, 13002 Marseille, France; l.rochaix@univ-aix.fr.*

[2] *Service d'épidémiologie et de santé publique, CHRU, 59037 Lille cedex, and IDEP, Marseille, France; lhartmann@univ-lille2.fr.*

[3] *DREES, 2004.*

[4] *Missione di Concertazione per il rinnovamento delle cure in città, gennaio-giugno 2002*

debolezza, comunque, deriva dalla mancanza effettiva di proposte, al di là della determinazione di sani principi regolamentari, dato che ciò era stato considerato un utile passo preliminare nel processo di negoziazione. Ciò nonostante, sono state successivamente avanzate proposte dal nuovo Ministro Ph. Douste-Blazy, al fine di finanziare il deficit. Sono state accolte il 20 luglio con piccole modifiche da parte dell'Assemblea Nazionale e sono attualmente al vaglio del Senato. Tuttavia, sono attualmente motivi di seria preoccupazione in Francia le discrepanze tra i cambiamenti strutturali richiamati nella relazione dell'Alto Consiglio e la natura limitata delle proposte in discussione per equilibrare il bilancio del NHI. Lo scopo di questo contributo è quindi quello di esaminare queste proposte alla luce delle precedenti analisi economiche relative ai fallimenti del sistema[5] e di sottolineare il loro potenziale successo. Per portare avanti questo esercizio, è anche importante riassumere brevemente i maggiori cambiamenti che si sono verificati negli scorsi dieci anni, che potranno alternativamente facilitare o ostacolare l'acquisizione dei successi della riforma[6].

14.2 Chi è responsabile di cosa? Migliorare la *governance*

Una delle parole chiave coniate dal rapporto del 2004, e in seguito utilizzate dall'attuale Ministro della Sanità è quella di *governance.* Partendo dalle scienze manageriali, essa unisce temi precedentemente analizzati dagli economisti sottoforma di regolazione, ed è centrale nella teoria degli incentivi. L'eco positiva ricevuta dal termine *governance* è attualmente misura dell'importanza della questione trattata.

La delega da parte dello Stato ai fondi assicurativi sanitari, in modo particolare al fondo per lavoratori stipendiati (CNAMTS) è comunque incompleta, in quanto gli ospedali sono ancora sotto l'autorità statale. Inoltre, essa non è mai stata ben definita. Ciò fu reso chiaro per la prima volta nel 1991 in una relazione governativa che argomentava a favore di una divisione più netta di ruoli. Da un lato, i rappresentanti dello Stato tentarono di obiettare che i fondi assicurativi sanitari, in quanto non direttamente responsabili dei deficit finanziari, tendono a comportarsi come acquirenti piuttosto che come consumatori. I rappresentanti di tali fondi, da parte loro, hanno ribattuto che non hanno sufficiente credibilità per negoziare con i rappresentanti del sistema sanitario con successo. Per esempio, il sindacato dei medici spesso ricorre direttamente all'arbitrato dello Stato per ciò che concerne le contrattazioni salariali con i fondi sanitari, che sostanzialmente indeboliscono la posizione degli stessi fondi.

Per meglio comprendere la complessità di tali interazioni, è importante ripercorrere i passi che hanno condotto all'attuale intreccio di relazioni tra gli attori chiamati a regolare il sistema. Fino ai primi anni '90 non è mai stato fatto alcun serio tentativo volto a regolamentare un sistema caratterizzato per sua natura ad essere aperto (i pazienti che pagano le quote piene vengono rimborsati *ex post* senza nessun controllo effettivo da parte dei fondi sanitari). Tuttavia, da allora, il principale obiettivo della regolamentazione è stato quello di cambiare il sistema da un rimborso *ex post* ad una negoziazione *ex ante* del tasso globale di cre-

[5] *Rochaix and Hartmann (2004); Rapport du Haut Conseil (2004); Polton and Mauss (2003); Mougeot (1999).*

[6] *Per una presentazione più dettagliata del Sistema Sanitario Francese, vedere la recente pubblicazione 'HIT' a cura dell'Osservatorio Europeo per il Sistema Sanitario (2003).*

scita della totalità delle spese sanitarie. Tale sistema era volto a "cambiare il valore con il volume", ad esempio permettendo agli attori di muoversi dalla massimizzazione del volume verso un equilibrio che abbia prezzi più alti, minori volumi ma soprattutto una miglior qualità. Il passo più importante assunto per approvare tale cambiamento fondamentale è stato compiuto dalle *Juppé Ordinances* del 1996, che ha dato al Parlamento il potere di costituire in prospettiva un *global cap* (ONDAM - *Objectif National des Dépenses d'Assurance-Maladie*), mediante la votazione annuale della Legge sulla Sicurezza Sociale (*Loi de financement de la Sécurité Sociale* - LFSS). Tale *cap* è stato poi diviso tra i vari settori, uno per gli ospedali privati, chiamato OQN - *Objectif Quantifié National*, uno per gli ospedali pubblici, uno per le cure ambulatoriali, chiamato ODD - *Objectif de Dépenses Déléguées* ed uno per i servizi medici e sociali.
La determinazione *ex ante* del tasso di crescita atteso nel settore sanitario è stata fortemente respinta da tutti i professionisti del settore sanitario, in particolare dai medici. Ne è seguito un acceso dibattito, che continua ad esistere, tra coloro che sostengono che la diffusione delle informazioni, la valutazione dell'attività svolta e la definizione di linee guida in campo medico potranno frenare con successo la spesa sanitaria superflua, e coloro che invece supportano la tesi secondo la quale tetti alla spesa (che implicano sanzioni finanziarie in caso di "sforamenti") sono necessari ai fini del contenimento effettivo dei costi. Questa definizione "dall'alto verso il basso" delle dimensioni del settore sanitario è stata vista dai suoi oppositori come un mero esercizio contabile e definito *maîtrise comptable*,in netto contrasto con la loro opzione preferita denominata *maîtrise médicalisée*. L'ONDAM è stato quindi pesantemente criticato poiché le sue impostazioni obbedivano ai principi macro-economici (legati alla crescita economica e le prospettive di gettito fiscale) piuttosto che alle priorità della Sanità Pubblica. Nel 2002 è stata avanzata una proposta dalla *task force* di Guigou al fine di costituire un'agenzia regolamentare indipendente che operasse a livello nazionale (denominata *Haute Autorité de Santé*) e chiamata ad assistere il Parlamento nella votazione annuale dell'ONDAM, al fine di assicurare un miglior legame tra le priorità a livello sanitario e gli obiettivi economici. Tale proposta è stata accettata dal Parlamento l'11 luglio 2004 ed attualmente è in fase di progettazione.
L'esperienza ha tuttavia dimostrato che il conferimento al Parlamento del voto relativo ai *global caps* non garantisce, da solo, che vengano perseguiti gli obiettivi prefissati. Per esempio, con riferimento all'ONDAM del 2001, pari a 105,7 miliardi di Euro, il target del 2002 è stato fissato ad un livello sostanzialmente maggiore (112,8 miliardi di Euro) ma è stato comunque superato i 3,9 miliardi di Euro. Il tasso di crescita più alto è rintracciabile nell'ambito delle cure ambulatoriali (+7,0% tra il 1999 ed il 2002), in confronto ad un tasso di crescita del 4,9% delle cure ospedaliere relative allo stesso periodo. Ciò è principalmente dovuto al volume piuttosto che agli aumenti dei prezzi, e deve essere collegato al fatto che i *caps* sono chiusi per gli ospedali e sono solo indicativi per le cure ambulatoriali. Chiaramente, tranne durante il primo anno di esistenza, i limiti posti dall'ONDAM, sono stati regolarmente oltrepassati, al punto tale da far perdere di credibilità a tale meccanismo globale. È stato ovviamente criticato pesantemente in una relazione recente della Corte dei Conti (2003), la quale evidenziava l'assenza di sanzioni nel caso di eccessi. In particolare, l'assenza di interazione tra Parlamento e fondi sanitari ha significato che nessuno era realmente incaricato, dal punto di vista finan-

ziario, ad assicurare che gli obiettivi fossero stati raggiunti. La relazione, come quelle precedenti, raccomandava fortemente una divisione più netta dei ruoli tra Stato e "*NHI funds*", e una responsabilità finanziaria diretta per il raggiungimento degli obiettivi globali.
Chiaramente, la dichiarazione inserita nella relazione dell'Alto Consiglio del 2004, finalizzata ad una definizione più precisa di quali siano gli incarichi all'interno del Sistema Sanitario francese, è senz'ombra di dubbio pertinente. L'attuale proposta di riforma è volta a migliorare la *governance* definendo due nuove strutture: la prima, chiamata UNCAM (*Union des Caisses d'Assurance Maladie*) costituisce una federazione di tutti i fondi assicurativi relativi alla salute, mentre la seconda denominata UNOC (*Union Nationale des Organismes Complémentaires*), unisce tutti i fondi assicurativi supplementari. Mentre lo Stato detiene i poteri al fine di determinare i *global caps* e le priorità della Sanità Pubblica, delega all'UNCAM maggiori poteri, al fine di negoziare con i rappresentanti dei professionisti appartenenti al Settore Sanitario. Viene incoraggiata anche una maggiore concertazione tra UNCAM e UNOC, in particolar modo per la determinazione delle modalità e della misura del rimborso ai pazienti. Fondamentalmente, la questione che rimane in sospeso riguarda l'individuazione di coloro che saranno finanziariamente responsabili in caso di eccessi nella spesa prefissata dagli obiettivi globali, o in altre parole, come si dovrebbe migliorare la contabilità finanziaria nel complesso delle relazioni di delega in ambito regolamentare. A tali problematiche non sono state offerte risposte adeguate dall'attuale progetto di riforma.

14.3 Il sistema di finanziamento: riforme strutturali o *burden shifting*?

Il Sistema Sanitario francese fu istituito nel 1945 e basato su un principio di solidarietà professionale. I finanziamenti provengono da quattro fonti principali: dai Fondi nazionali per l'assicurazione sulla salute – NHI – (per il 75,7%), e coprono virtualmente tutti i cittadini francesi residenti, dai fondi assicurativi supplementari (12,3%), dai beneficiari attraverso pagamenti *out of pocket* (11,0%), ed il restante dallo Stato e dalle Autorità Locali. I fondi del NHI forniscono sia benefici monetari (per assenza dal lavoro in caso di malattia) che in natura (rimborsi parziali, se non addirittura totali, per le spese sanitarie). Essi offrono i pacchetti di benefici più ampi nell'ambito dei Paesi industrializzati ma con tassi di rimborso variabili (alti per ospedali, ma bassi per ciò che riguarda le cure ambulatoriali, in modo particolare per le cure dentistiche e oftalmiche). Le politiche assicurative supplementari coprono i *ticket* in base alle tipologie dei diversi beni e servizi. Circa l'86,0% della popolazione francese, riceveva una copertura nel 2000.
Con il passare degli anni è stato preferito un principio di solidarietà alternativo: quello della residenza. Esso comporta la progressiva armonizzazione dei diversi pacchetti di benefici del NHI e la costituzione di una nuova imposta denominata *Contribution Sociale Généralisée* (CSG). Tale imposta, implementata nel 1991, ha una base impositiva più larga rispetto all'imposta sul reddito delle persone fisiche, in quanto copre tutte le fonti di reddito (entrate patrimoniali, pensioni, obbligazioni e azioni). Già nel 2000 la CSG è divenuta un'importante risorsa di finanziamento (stimata nel 2000 con una percentuale del 35,0% della totalità dei NHI funds). Un'altra imposta è stata creata nel 1996 (all'epoca si presumeva su basi temporanee) per coprire l'allora esistente deficit del settore sanitario: la cosiddetta "*Contribution au Remboursement de la Dette Sociale* (CRDS)" con un tasso di appena lo 0,5% ed una base impo-

nibile più ampia rispetto alla CSG. Dal momento della sua implementazione è stata estesa al 2014. A differenza del CSG, la quale implica un progressivo cambiamento strutturale da una filosofia Bismarckiana a una Beveridgiana, la CRDS opera esclusivamente verso uno spostamento del peso contributivo alle future generazioni, fornendo all'attuale governo una discreta leva per l'acquisizione di un equilibrio temporaneo del bilancio. I contributi dei datori di lavoro e le entrate della CSG rappresentano circa l'89,0% delle risorse totali del principale fondo assicurativo sanitario nazionale (*Régime Général*). Altre fonti d'entrata, le quali includono anche tasse su alcol e tabacchi e tasse sulle imprese farmaceutiche, sono, in confronto, più limitate.

Il principio della residenza è stato favorito anche dall'introduzione di una copertura medica globale, *Couverture Maladie Universelle* (CMU), inserita nella legge del luglio 1999 e decorrente dal 2000. La CMU assicura una copertura più ampia attraverso l'estensione della copertura assicurativa di base alle restanti percentuali dei residenti ancora non coperti (stimati attorno ai 150.000 individui). A tal fine, al criterio tradizionale dell'assicurazione (diretta o indiretta, attraverso un membro del nucleo familiare con lavoro), è stato accostato un criterio di residenzialità. Il secondo obiettivo perseguito dalla CMU è quello di offrire una copertura di base supplementare (chiamata CMUC) a coloro che si trovino al di sotto di una determinata soglia di entrate (correntemente fissata a 6.589 Euro all'anno pro capite). Circa 4,5 milioni di residenti (il 7,0% della popolazione) hanno tratto beneficio dalla CMU alla fine del 2002[7]. La CMUC e principalmente offerta ai nuclei familiari più poveri. L'introduzione progressiva del CMUC ha aumentato la percentuale della popolazione coperta dall'assicurazione supplementare dall'80,0 al 91,0% e recenti ricerche hanno dimostrato come le cure gratuite abbiano migliorato l'accesso alle cure e lo stato di salute[8] di questa parte della popolazione.

Lo scopo principale dell'attuale progetto di riforma rispetto ai finanziamenti è quello di generare nuove risorse (stimate attorno ai 4 miliari di Euro) attraverso aumenti del CSG, soprattutto per i pensionati (che hanno, fino ad allora beneficiato della riduzione dei tassi d'imposta) e attraverso l'estensione della CRDS al 2040. In effetti ciò comporta la traslazione del peso contributivo alle fasce generazionali più anziane e più giovani al fine di evitare ulteriori distorsioni all'interno del mercato del lavoro. Per controbilanciare, i potenziali lati negativi di quest'aumento contributivo, il progetto di riforma attuale prevede anche l'estensione dei benefici della CMUC ad altri 2 milioni di nuclei familiari.

14.4 La domanda di servizi sanitari: controllare le spese senza ridurre l'accesso

In Francia, i pazienti non hanno costi aggiuntivi per ciò che riguarda l'accesso a determinate cure sanitarie: medici di famiglia, specialisti, servizi d'emergenza e visite ambulatoriali in ospedale. Molti medici di famiglia e specialisti esercitano la loro professione al di fuori della struttura ospedaliera (*Médecine de ville*) e vengono retribuiti in base ad un onorario relazio-

[7] *CREDES, 2003a.*

[8] *CREDES, 2003b.*

nato all'attività svolta. Gli specialisti che esercitano in ospedali pubblici sono salariati, mentre il pagamento attraverso onorario per il servizio è solo utilizzato negli ospedali privati. In base a tale sistema, l'accesso gratuito alle cure per i pazienti aumenta gli incentivi da parte dei fornitori di servizi sanitari ad un uso eccessivo degli stessi.
Pertanto, sono stati stabiliti due meccanismi al fine di sensibilizzare i pazienti a quelle che sono le problematiche attinenti i costi complessivi delle cure ambulatoriali: l'*Avance de frais* e il *Ticket modérateur*. Riguardo al primo strumento, il paziente paga il prezzo pieno, e viene rimborsato successivamente dal suo fondo sanitario. Sebbene sostenuto dai medici, che disapprovano palesemente l'essere pagati direttamente da fondi sanitari, tale sistema è stato criticato pesantemente in base a quelli che sono criteri di efficienza, dato che la sua gestione prevede un'intensa mole di lavoro, e criteri di equità, in quanto tende a creare distorsioni nell'accesso alle cure ospedaliere e ambulatoriali, per le fasce di popolazione con basso reddito (che spesso ricorrono agli ospedali in uno stadio di malattia più avanzato). La riforma del CMU, mediante l'esenzione dei suoi beneficiari dall'*Avance de frais*, dovrebbe contribuire alla riduzione di alcune di tali distorsioni. Soprattutto, essa ha portato a mettere sempre di più in discussione un principio apparentemente immobile e ad interrogarsi progressivamente su questo apparente principio di immutabilità. Ad oggi, un ampio spettro di fornitori, compresi i farmacisti, accettano la nuova carta dei pazienti con *microchip* (Carte Vitale) che, in effetti, esonera dall'*Avance de frais*.
Il secondo meccanismo (*Ticket modérateur*), deriva dalle teorie assicurative secondo le quali debba essere offerta solo un'assicurazione parziale al fine di ridurre il potenziale azzardo morale[9]. Le esenzioni dai *ticket* sono garantite per certi rischi (maternità e rischi professionali) e per la spesa riguardante le malattie croniche (circa il 10,0% degli assicurati che soffrono di patologie a lungo corso o gravi sono totalmente o parzialmente esenti). I *ticket* variano in maniera significativa in base ai fondi (lavoratori salariati o meno) ed il tipo di servizi offerti. I pagamenti *out of pocket* per le cure ambulatoriali possono comunque essere parzialmente o totalmente rimborsati da programmi assicurativi stipulati privatamente (le cosiddette *assurances complémentaires*). Essi comprendono i *mutual aid funds* (circa 6.500 nel 2000, che coprono circa il 59,0% dei beneficiari dai fondi supplementari), "*provident societies*" (circa 20, gestite unitamente dai sindacati e datori di lavoro con una copertura del 16,0% dei beneficiari) e le Compagnie di assicurazione private. I fondi supplementari, (sia acquistati individualmente dal datore di lavoro, o garantiti dallo Stato attraverso la recente riforma CMU) attualmente coprono virtualmente tutta la popolazione.
Oltre alla riduzione dell'azzardo morale, gli sforzi volti al contenimento della spesa relativa alle cure ambulatoriali hanno comportato l'esclusione di determinati beni e servizi dal rimborso, o all'abbassamento dei coefficienti di rimborso. Nel 1975 è stata introdotta una tariffa di *daily hospital* per coprire le spese di degenza, ed è stata successivamente aumentata ad intervalli regolari. In Francia è stata introdotta nel 1980 una fatturazione extra (denominata *dépassement*) per cure ambulatoriali di quei medici che volevano far parte di un settore di nuova

[9] *La nozione di azzardo morale fa riferimento al cambiamento di comportamento da parte degli assicurati, dovuto alla presenza dell'assicurazione (uso eccessivo del servizio).*

creazione (chiamato *secteur II*). Ad essi veniva garantita la libertà di aumentare le parcelle anche al di sopra degli onorari prefissati in cambio di un aumento dei loro contributi assistenziali privati.
Nel 2003, l'NHI ha pagato il 92% della totalità dei costi per le cure ospedaliere, mentre i fondi assicurativi supplementari hanno coperto il restante 4,2% ed i pazienti il 3,7%. Per i servizi medici, queste cifre erano rispettivamente del 71,8%, 20,2% and 8,0% mentre per le cure dentali 34,8%, 35,2% e 30,0%[10]. Complessivamente, le spese sostenute dai pazienti prima del rimborso da parte delle polizze assicurative supplementari, sono stimate in media 330 Euro a testa per anno (dei quali 205 Euro per *Ticket modérateurs*, 31 Euro per tariffe di *day hospital* e 95 Euro per *dépassements*). Essi rappresentano una media del 2,3% delle entrate dei nuclei familiari, ma con una marcata dispersione (con un valore massimo del 15,0% nel decile più basso della distribuzione dei redditi, e di 1,5% nel più alto). Tale dispersione trova la sua spiegazione nell'altra relazione che esiste tra reddito e salute (i poveri sono più malati) e giustifica la politica che ha portato a generalizzare le polizze assicurative supplementari.
Il progetto di riforma attualmente sotto esame comporta lo spostamento del peso economico verso i pazienti ed ai loro schemi assicurativi supplementari attraverso addebiti ai beneficiari. Tra questi, un nuovo pagamento di una *lump sum* (somma a cifra fissa) di 1 Euro imposto per ogni consultazione (così come per le analisi di laboratorio) che non può essere rimborsata dagli schemi assicurativi privati. Le esenzioni sono garantite in presenza di certe condizioni (maternità, malattie di lungo corso) ed è stato proposto un tetto massimo di 50 Euro all'anno. È anche previsto un successivo aumento della tariffa giornaliera pagata dai pazienti durante la degenza ospedaliera (un euro addizionale ogni anno per i prossimi tre anni). Sono previste queste due misure per ottenere entrate addizionali (stimate attorno 11 miliardi di Euro), e, cosa più importante, la *lump sum* per le consultazioni mediche costituisce una potenziale leva da utilizzare nel futuro al fine di coprire i deficit (principalmente in modo tale da aumentare gradualmente la tariffa ospedaliera nel tempo).
Il secondo obiettivo perseguito dalla riforma è di ridurre il ricorso eccessivo alle cure e le cure inefficaci. Una prima misura prevista è volta a ridurre i periodi di assenza dal lavoro per malattia che negli ultimi cinque anni sono aumentati a ritmi eccessivi (46,0%). Saranno applicate sanzioni contro i pazienti nei casi di chiamate o richieste illegittime o contro i medici nel caso di eccessive prescrizioni. Un'altra proposta comporta la redazione di una documentazione record personale e computerizzata, assieme ad una versione soft del *gatekeeper*, il cosiddetto *médecin traitant*. A partire dal 2005, questo rapporto medico, principalmente volto a frenare procedure sovrabbondanti, dovrebbe essere esteso all'intera popolazione, nel corso dei successivi due anni. Secondo tale impostazione, il paziente rimarrebbe libero di scegliere e cambiare a suo piacimento il suo *médecin traitant*. Il paziente potrà scegliere una risorsa alternativa di cure secondarie (specialisti o cure ospedaliere) rispetto a quelle suggerite dal loro *gatekeeper*, ma al prezzo di un *ticket* maggiore. L'introduzione del sistema di *gatekeeping*, è stato sostenuto a lungo in Francia da diversi rapporti[11], e tentato in prima bat-

[10] *Vedi Couffinhal and Paris (2003).*

tuta nel 1997 con il nome di *médecin référent*, incontrando però solo un modesto successo. Le probabilità di successo sono sempre poche per questa nuova versione, visto anche che il *gatekeeping* non è limitato ai medici di famiglia (sono idonei anche gli specialisti che praticano al di fuori degli ospedali), e i pazienti possono liberamente cambiare *médecin traitant*. Fondamentalmente, tali proposte affrontano le inefficienze strutturali legate alle complesse relazioni che esistono tra i paganti. Dato che non ci sono limiti legali ai rimborsi dei *ticket* attraverso polizze assicurative supplementari, questo riduce la loro attesa efficacia rispetto a coloro che beneficiano delle generose politiche supplementari. Paradossalmente, le società assicurative private possono prosperare attraverso l'offerta di contratti che, in effetti, rimborsano i *ticket* che i fondi assicurativi obbligatori impongono al fine di ridurre l'azzardo morale degli utenti. Fino a poco tempo fa, i fondi assicurativi supplementari hanno adottato delle strategie di rimborso piuttosto generose per i *ticket modérateur* ed i *dépassements*, dato che la concorrenza era prevalentemente indirizzata verso termini di copertura piuttosto che di prezzo, ma i recenti aumenti delle spese potrebbero condurre alla previsione di condizioni di rimborso più restrittive all'interno dei contratti, con implicazioni importanti in termini di equità. Ciò ha portato ad interrogarsi sul ruolo sussidiario dagli assicuratori supplementari che dovrebbero essere associati in maniera più attiva alle decisioni di rimborso dell'NHI.

14.5 Regolare l'offerta: risultati incerti

Gli sforzi compiuti per la regolamentazione del Sistema Sanitario sono stati fatti in primis per gli ospedali pubblici, con l'introduzione dei *global caps* nei primi anni ottanta. Da allora questi si sono sviluppati in una serie di schemi di pagamento prospettivi (PPS) molto più elaborati, ispirati originariamente al sistema americano del DRG (*Diagnostic Related Groups*). Per ciò che riguarda le cure ambulatoriali, la regolamentazione ha avuto inizio solo di recente, nei primi anni novanta. In quel senso, poco è stato fatto, e la riduzione degli alti tassi di crescita dei servizi ambulatoriali e del consumo di medicinali resta comunque una sfida per l'attuale Governo.

14.5.1 Ospedali: da pagamenti retrospettivi a pagamenti prospettivi

Le strutture ospedaliere possono essere pubbliche, private, private non profit o private a scopo di lucro (le cosiddette *cliniques privée*) ma le demarcazioni in questo senso non sono chiare, dato che gli ospedali pubblici possono prevedere un settore privato[12] e gli ospedali privati *no profit* possono scegliere di portare avanti una *Mission de Service Public*[13], pari a quella degli ospedali pubblici. La somministrazione delle cure ospedaliere è pertanto caratterizzata dalla coesistenza del settore pubblico e privato, ed i pazienti possono scegliere libe-

[11] *CGP, 1993.*

[12] *Limitate all'8,0% dei letti di un reparto ospedaliero e con un carico di lavoro per i medici che non superi un giorno lavorativo alla settimana. Tale diritto è stato rimosso, ma è stato rimpiazzato parzialmente per contenere la migrazione dei medici dagli ospedali pubblici verso le strutture private in cui la remunerazione è più alta.*

[13] *Seguendo la riforma ospedaliera del 1958, tutti gli ospedali pubblici devono rispondere delle richieste per servizi pubblici(o universali):continuità nella cura, uguaglianza nell'accesso e lotta contro l'esclusione sociale, 24 ore di accesso nei reparti di emergenza, prevenzione,controllo.*

ramente tra ciascun settore. Ovviamente, il rimborso tramite i fondi sanitari e assicurazioni supplementari li rendono finanziariamente indifferenti rispetto al settore di appartenenza.
La relazione tra ospedali pubblici e privati è stata tradizionalmente caratterizzata da una pacifica convivenza, in cui gli obiettivi e gli scopi economici erano diversificati, essendo il settore privato specializzato in interventi chirurgici minori, lasciando la chirurgia più complessa agli ospedali con notevoli attrezzature mediche (*capital intensive*). Tale divisione del lavoro è stata facilitata dalle limitate risorse finanziarie del settore privato con riguardo alle attrezzature mediche, ma sono sostanzialmente cambiate negli ultimi 10 anni. La competizione sviluppatasi da allora è stata ridotta con le diverse regole economiche applicate ad entrambi i settori. Come conseguenza, gran parte delle riforme degli anni '90 hanno abbracciato l'idea di implementare progressivamente schemi di pagamento prospettici volti ad armonizzare le regole di finanziamento intercorrenti tra ospedali pubblici e privati e volti a perseguire una concorrenzialità più giusta attraverso la misura delle performance e lo sviluppo di processi di certificazione di qualità. Hanno anche aperto la possibilità alla sperimentazione con *network* sanitari di diversa tipologia (legati o meno a specifiche patologie).
La regolamentazione ha avuto inizio nel 1983 per gli ospedali pubblici ed alcune istituzioni no profit, con l'introduzione di un *global cap* finanziario (*budget global*), reso effettivo dal 1984-85. Andando a coprire gran parte delle risorse ospedaliere, esso rimpiazza il sistema giornaliero, *per diem*, che non forniva incentivi per ridurre la durata della degenza. Il *budget global*, originariamente stabilito su basi storiche, viene modificato annualmente in base ad un tasso di crescita nazionale fissato secondo i prospetti economici generali. L'obiettivo principale perseguito era quello di frenare la spesa per le cure ospedaliere attraverso l'aumento della contabilità finanziaria degli ospedali. In ogni modo, dato che il *budget global* era stato principalmente definito in base a costi storici, piuttosto che sulle uscite attese, si è rivelato essere abbastanza equo, dato che alcuni ospedali beneficiano di rendite ed altri soggetti a stretti vincoli economici.
Mentre gli ospedali pubblici erano sottoposti ai *global caps*, le *cliniques privées* continuano ad essere pagate in base al *per diem*. Sono ad oggi ancora finanziate sulla base del *cost plus*, con due indici tariffari: le tariffe per i servizi diagnostici e terapeutici degli specialisti (in linea con quelli previsti per le attività degli specialisti al di fuori degli ospedali) ed una tariffa *per diem* fissa, che copre tutti gli altri costi (degenza dei pazienti, servizi ausiliari, farmaci), moltiplicato per il numero dei giorni di degenza. Tali tariffe giornaliere non sono armonizzate a livello nazionale, e variano sostanzialmente da un'area geografica all'altra. Chiaramente, le risorse dipendono dal volume dei servizi specialistici e dalla durata della degenza, le quali forniscono un forte incentivo al fine di inflazionare il numero dei servizi, aumentando in tal modo l'utilizzo della strumentazione medica al fine di ammortizzare i grandi investimenti. Chiaramente, l'utilizzo di farmaci *high tech* da parte delle cliniche private con poca considerazione per i costi totali (se paragonata ai regimi imposti al settore pubblico), ha messo sempre più in risalto la natura non equa della competizione che si è sviluppata tra i settori.
Un primo sforzo è stato compiuto attraverso il controllo della totalità dei costi del settore privato *no profit* nel corso della riforma ospedaliera del 1991, che raccomandava l'utilizzo di *global caps* per la spesa. Al contrario, degli ospedali pubblici però, che sono sottoposti direttamente all'autorità statale, la regolamentazione del settore ospedaliero privato è sottoposta

alla responsabilità congiunta di Stato, rappresentanti dei fondi sanitari e sindacati nazionali delle *cliniques privées*. L'implementazione dei tetti doveva quindi essere negoziato tra questi tre partners e nel 1992 ha condotto alla determinazione di un CAP denominato OQN (*Objectif Quantifié National*) con la previsione di sanzioni collettive in caso di eccedenze alla fine di ciascun anno, e aumenti tariffari nel caso di sottoutilizzo. Tali sanzioni non sono mai state realmente applicate e sono state sottoposte ad indagine del Consiglio di Stato (*Conseil d'Etat*) nel 1998.

Entrambi, i OQN per le cliniche private ed il budget global per gli ospedali pubblici, devono essere decentralizzati alle regioni. Ciascuna Regione è dotata di due CAPS distinti: uno per il settore pubblico ed uno per le cliniche private (chiamato OQR - *Objectif Quantifié Régional*). Dall'Ordinanza Juppé del 1996, l'allocazione delle risorse degli ospedali pubblici e privati nella Regione è sottoposta alle agenzie regionali (*Agences Régionales de l'Hospitalisation* - ARH). Queste stipulano i contratti con ciascun ospedale, specificando mezzi ed obiettivi (*Contrats d'Objectifs et de Moyens* - COM). Tra le loro responsabilità, anche la pianificazione, attraverso gli schemi regionali (*Schéma Régional d'Organisation des Soins* - SROS), di strutture sanitarie e strumentazione medica e diagnostica di laboratorio. L'ARH quindi alloca le risorse separatamente sotto ciascun *cap*, ma tende in ogni caso ad incoraggiare le performance. Per allocare le risorse, i diversi ARH usano il PMSI (*Programme de Médicalisation du Système d'Information*), che è stato messo a punto nel 1985 per ospedali pubblici, e nel 1996 per cliniche private, fornendo informazioni sulle attività ospedaliere nella forma di *discharge abstracts*, utilizzando 598 diversi DRG (chiamati GHM, Gruppi Omogenei di Malattie). L'uso di risorse per GHM viene analizzato attraverso un prezzo implicito, denominato ISA - *Indicateur Synthétique d'Activité*[14]. Per il settore profit privato, le negoziazioni fra i tre partner (Stato, fondi sanitari e sindacati) hanno avuto luogo poco dopo la votazione favorevole dell'ONDAM. Oltre a fissare sia il OQN che il OQR, essi contribuiscono al moltiplicare anche la determinazione di tassi medi regionali di crescita per le tariffe, così come i limiti massimi e minimi di tali variazioni tariffarie all'interno di ciascuna Regione. L'ARH quindi negozia tariffe individuali per l'anno a venire con ciascuna clinica in base ad accordi concordati a livello nazionale e sulla base delle performance osservate (il valore cioè del punteggio ISA della singola clinica privata). L'ARH può rivedere le tariffe in base al tasso di crescita della pesa dopo i primi sei mesi, in modo da mantenere i livelli OQR. Chiaramente, una delle maggiori difficoltà incontrate nella definizione di questa politica tariffaria è la diversità dei metodi utilizzati dalle diverse ARH.

L'Ordinanza Juppè del 1996 include anche un processo di convergenza a lungo termine secondo una formula, simile al sistema britannico RAWP, volta a ridurre progressivamente le discrepanze regionali. In base a questo schema, l'obiettivo finanziario che ciascuna Regione dovrà eventualmente rispettare è definito in base a due elementi, uno riguardante le cure di breve periodo, l'altro quelle per la lunga degenza e cure psichiatriche. La determinazione

[14] *Il sistema di informazione pubblica e privata non è ancora attivo, e ciò rende i confronti tra performance dei meri tentativi. Mentre l'informazione è basata su costi medi per DRG di ospedali pubblici, esso si basa sui prezzi medi del settore privato, prezzi negoziati tra professionisti e regolatore ed ignora i veri costi.*

delle attività di breve periodo prende in considerazione in termini uguali un indicatore percentuale di malati (vale a dire la popolazione rivolta all'uso delle cure ospedaliere) ed un indicatore di performance ospedaliere (misurato da valori medi regionali di ciascun punto ISA). Nel 1999, sono stati aggiunti altri due indicatori: uno che riguarda i flussi di popolazione da una Regione all'altra ed un altro basato sui tassi di mortalità comparati[15]. L'orizzonte di 17 anni inizialmente fissato per il processo di convergenza è stato esteso a 30, fino al 2038. Un altro passo importante nella regolamentazione ospedaliera è stato l'uso più sistematico del monitoraggio di qualità. In questo caso, una agenzia nazionale per l'accreditamento e la valutazione dei servizi sanitari (*Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation des Soins* - ANAES)[16] è stata costituita per incoraggiare la valutazione delle pratiche sanitarie nel settore pubblico e privato, sia per ospedali che per le cure ambulatoriali. L'accreditamento portato avanti dai professionisti al di fuori delle istituzioni è stato importante al fine di assicurare sia sicurezza che qualità. Senz'altro, gli aggiustamenti qualitativi sono una risposta verosimile alla regolamentazione basata su indicatori di performance come il punteggio ISA che è solo quantitativo. Sebbene obbligatorio per tutti gli ospedali, sia pubblici che privati, l'accreditamento non sempre risulta, per mancanza di mezzi. È stato anche definito un prontuario relativo all'accreditamento, ma dalla fine del 2001 sono stato accreditati solo 131 ospedali su 3000. Tutte le riforme recenti che riguardano le cure ospedaliere sono state raggruppate sotto al termine *Hôpital* 2007, che fornisce allo stesso tempo una chiara indicazione del loro orizzonte temporale. Tra questi, sarà introdotto progressivamente un nuovo sistema di pagamenti (chiamato T2A, *Tarification à l'activité*), per rimborsare gli ospedali per le cure di breve durata in base alle degenze dei pazienti (*Groupes homogènes de séjours* - GHS) piuttosto che sulle diagnosi, come nell'originario sistema DRG. Sono stati previsti poi finanziamenti separati per attività specifiche come la ricerca ed altre missioni relative ai servizi pubblici. Sebbene siano stati negoziate su livelli nazionali e sulla base delle attività aggregate realizzate, le quote GHS possono essere modificate per far fronte alle specifiche contrattazioni dei singoli ospedali. Il nuovo sistema sarà introdotto progressivamente per fasi, dal 2004 con il 10,0% dei finanziamenti provenienti dal T2A e 90,0% dal sistema *Budget global*, ed ogni anno un extra 10,0% fino alla sostituzione completa del *Budget global* nel 2014. Le cliniche private adotteranno il T2A in tempi più brevi ma sempre con un periodo di transizione.

14.5.2 Regolamentare i servizi medici: un compito impossibile?

Fin dai primi anni '90 sono state auspicate riforme strutturali volte a modificare gli incentivi all'eccessivo ricorso alle cure mediche ed ad aumentare la competizione. Alcune di esse sono state tentate, ma hanno incontrato una maggiore resistenza rispetto alle riforme proposte nel settore ospedaliero.

A causa dell'ampia libertà nella scelta dei fornitori dei servizi (che spazia tra specialisti e medici di famiglia) e dei generosi rimborsi forniti dai fondi sanitari e dagli schemi assicurati-

[15] *Corte dei Conti, 2002.*

[16] *Formalmente denominata ANDEM "Agence Nationale pour le développement de l'Evaluation Médicale" (costituita negli anni '90), le sue attività sono state estese per includere l'accreditamento e quindi rinominate nel 1996.*

vi supplementari, i destinatari dei servizi non hanno incentivi a diminuire l'accesso alle cure non necessarie. Ciò può anche portare allo sviluppo di concorrenza sleale tra medici di famiglia e specialisti: alcuni pazienti attribuiscono maggior valore alle cure specialistiche, ed i medici generici, per mantenere la propria clientela, ricorrono ad accordarsi per prescrizioni aggiuntive di medicinali, certificati per malattia ed altre attività sanitarie. Anche i medici generici si trovano sotto pressione ad opera delle società farmaceutiche per la prescrizione dei medicinali più recenti (e quindi anche più costosi). Da parte loro, gli specialisti tendono a prescrivere un numero eccessivo di esami e visite di controllo. Tali incentivi, aggiunti al fatto che in Francia l'attività dei medici non è adeguatamente monitorata per la mancanza di strumenti e procedure di controllo, hanno portato ad un rapido aumentato di volume.

Negli anni '90 sono stati fatti numerosi tentativi per l'introduzione di tetti chiusi indirizzati alle attività dei medici, in modo particolare con l'Ordinanza Juppè del 1996[17]. Le politiche dei CAP chiusi implicavano in alternanza sanzioni collettive o individuali, ed erano riservate alle attività mediche includendo a volte altri professionisti del settore sanitario e farmaceutico. In molti casi, gli accordi che supportavano tali sanzioni sono stati invalidati dal Consiglio di Stato.

Parallelamente, l'ambito operativo delle convenzioni tra medici (*conventions médicales*), regolarmente sottoscritte dai sindacati dei medici stessi con i fondi sanitari, è stato lentamente esteso fino ad includere altre dimensioni della pratica medica, come requisiti di specializzazione futura (1999) e sanzioni in caso di negligenza professionale (2002). Sono state anche adottate una serie di misure per sviluppare *peer review*. La codificazione puntuale dell'attività professionale dei medici (procedure, diagnosi e prescrizioni) è stata tradotta in legge nel 1994 (ma ad oggi è stata completata solo per ciò che riguarda i test di laboratorio e la compilazione di ricette). Per assicurare una maggiore qualità di audit ed allo stesso tempo monitorare le cure non necessarie, è stata introdotta la trasmissione delle informazioni riguardanti le patologie ai centri locali di fondi sanitari da parte dei medici. La *peer review* ha anche significato lo sviluppo dell'uso di linee guida che ha avuto inizio nel 1993. Esse hanno preso il nome di *Références médicales opposables* (RMOs), dove il termine *opposable* indica che può venire applicata una sanzione ai medici in caso di eccessi (fino a 10.000 Euro a medico all'anno). Questo sistema sanzionatorio è stato abbandonato nel 1999, sebbene rappresentasse il solo strumento volto ad assicurare che si sarebbe raggiunto l'obiettivo. Al suo posto, all'interno della legge del 2000, è stata prevista per i medici la possibilità di auto-regolamentarsi all'uso adeguato dei servizi sanitari (*Accords de bon usage des soins* - AcBUS). Lo scopo di questi accordi era quello di introdurre incentivi finanziari per i medici (ai quali in cambio veniva restituita una piccola percentuale della spesa che eventualmente avrebbero contribuito a risparmiare)

La libertà nell'esercizio dell'attività medica con nessuna restrizione geografica ha solo condotto ad un accesso diversificato ai servizi: la densità degli studi medici può raggiungere picchi di 423 medici ogni 100.000 abitanti in alcune regioni (*Ile de France*), e valori molto bassi in altre (come in *Picardie* 249). Le diversità geografiche tra *départments* nell'ambito della densità dell'attività medica oscilla tra 1 a 1,8 per i medici di famiglia paragonato al 6,6 di media per gli specialisti. In quest'ultimo caso possono esserci valori molto alti per determinate specializzazioni

[17] *Per quadro più dettagliato di tali misure, si veda Rochaix and Hartmann (2004).*

(18 per chirurghi, 32 per psichiatri) ed in un Rapporto recente[18] è stata identificata una serie di specializzazioni rispetto alle quali l'accesso sarà un serio problema nei prossimi 15 anni. La regolamentazione della libertà nella scelta della destinazione geografica per l'esercizio della professione è stata dibattuta solamente negli ultimi anni. Tuttavia, l'approccio che è attualmente maggioritario prevede lo stanziamento di incentivi finanziari per medici che stabiliscono la propria attività in Regioni geograficamente meno battute. Un'ulteriore soluzione alla difficoltà nell'accesso ai servizi sanitari paventata dal Rapporto Berland (2003), è volta a sviluppare un rapporto complementare tra medici e altri professionisti del settore sanitario. Non c'è comunque ad oggi un totale consenso riguardo a tale prospettiva di delega di alcune attività mediche ad altri professionisti del settore sanitario. L'Osservatorio per l'approvvigionamento delle cure sanitarie di recente costituzione dovrebbe aiutare in futuro a documentare tale nozione di delega. Le attuali proposte di riforma, in linea con i principi di *maîtrise médicalisée*, si affidano principalmente a tali accordi per ridurre il ricorso eccessivo alle cure mentre provano a rafforzare le Fondazioni mediche e scientifiche. A differenza delle precedenti riforme in cui i medici erano parzialmente responsabili per eccessivo ricorso alle cure, il progetto attuale non vi fa riferimento, cercando di definire gli strumenti volti ad assicurare il rispetto del cap prospettico stabilito per la spesa per le cure ambulatoriali.

14.5.3 Regolamentazione dei farmaci: dalla regolamentazione dei prezzi a quella dei volumi

Fino ai primi anni '90, uno dei maggiori strumenti utilizzati dal Governo francese per il controllo del spesa farmaceutica era costituito dalla determinazione dei prezzi. Al di là del mantenimento dei prezzi a livelli artificialmente bassi con discrepanze preoccupanti rispetto ai prezzi dei medicinali del resto d'Europa, la regolamentazione ha anche comportato tassazioni regolari basate sul fatturato delle imprese e sui margini di profitto di farmacisti e venditori all'ingrosso. Il Governo ha introdotto un tetto alle spese pubblicitarie nel 1994 con una sanzione (la riduzione dei prezzi) nel caso di eccessi. È stata inoltre introdotta una tassa sulla pubblicità che è stata poi aumentata nel 2002. Il contenimento dei costi è stato anche raggiunto attraverso riduzioni, da parte dei fondi sanitari, nei tassi di rimborso ai pazienti per determinate tipologie di medicinali, ed in certi casi escludendo del tutto determinati farmaci dalle liste. Tuttavia, tra il 1980 ed il 2001, la spesa in medicinali è aumentata più velocemente rispetto ad ogni altra componente della spesa sanitaria. Nel 2001, la spesa sanitaria totale in farmaci è stata pari a 27,3 miliardi di Euro, cioè 448 Euro pro capite. Ciò rappresenta circa il 18,4% della spesa sanitaria attuale (paragonato al 14,8% dei primi anni '80). Recentemente, la regolamentazione della spesa in farmaci è stata indirizzata ad una progressiva introduzione della contrattazione su basi individuali con le stesse società farmaceutiche per ridurre i volumi[19]. Oltre ad incoraggiare la contrattazione individuale e limitare le spese pubblicitarie, il Governo ha adottato una serie di misure per migliorare le prescrizioni generiche: ai medici è stato garantito il diritto di prescrivere farmaci generici (2001), e nel 1999, ai farmacisti è stato concesso il diritto di sostituzione, accompagnato da modesti incentivi finanziari. Rispetto ai farmaci, le proposte attua-

[18] *Domergue, 2003.*

li sono volte ad incoraggiare lo svilupparsi della prescrizione generica che rappresenta solo il 13,0% del consumo totale dei farmaci in Francia (6,0% dei fondi sanitari). Attualmente viene discussa la riduzione della durata di alcune licenze da 15 a 10 anni, e l'utilizzo di procedure di selezione più restrittive, con regolari valutazioni da parte della *Haute Autorité de Santé* di nuova costituzione. Oltre all'aumento della tassazione sulla pubblicità, l'attuale progetto di riforma comporta anche il perpetuarsi dell'applicazione dell'imposta basata sul fatturato delle imprese farmaceutiche.

14.6 Conclusioni

Cosa farne dell'attuale progetto di riforma ora in discussione al Parlamento? La discrepanza tra l'ampio processo di consultazione (raccolto in una pubblicazione del gennaio 2004) e la fase successiva, in cui le proposte sono state schematizzate sommariamente, potrebbero spiegare la mancanza di interesse per la riforma. Essa è generalmente percepita come un espediente per equilibrare il budget a breve termine, volto quindi principalmente alla generazione di nuove entrate (mediante la tassazione dei pensionati e delle generazioni future) e la riduzione dell'uso eccessivo delle cure sanitarie. Dalla precedente analisi dovrebbe possibilmente emergere una visione più equilibrata. La proposta di legge rielabora delle buone idee che sono state utilizzate con scarso successo in passato. Per esempio, questo è il caso dell'attuale *médecin traitant*, all'epoca denominato *médecin référent*. In termini di *governance*, le attuali proposte fanno buon utilizzo della nuova *Haute Autorité de Santé* e creano nuove figure istituzionali per modificare i fondi di assicurazione, sia pubblici che privati. Inoltre, le varie misure richiamate per ridurre esuberi nell'accesso alle cure, sono state segnalate al loro primo verificarsi e misurate nel Rapporto Béraud[20] del 1991. Il numero delle priorità identificate dal rapporto del *Haut Conseil* sono state tuttavia a malapena affrontate, sebbene presentino il carattere di centralità in una prospettiva a lungo termine per il sistema sanitario. Questo è il caso della regolamentazione macroeconomica del sistema stesso, e l'attendibilità finanziaria di coloro che si occupano della sua regolamentazione. Principalmente, ciò che realmente distingue questa riforma dalle precedenti (a partire dalla *Juppé Ordinance* del 1996) è che essa sposta l'intero peso della responsabilità dell'eccessiva spesa dai fornitori dei servizi ai suoi beneficiari, facendo uscire i medici dall'obiettivo della regolamentazione. È confermato che è stato a lungo raccomandato l'aumento della consapevolezza e responsabilità dei pazienti riguardo ai costi del Sistema Sanitario[21]. Fino a poco tempo fa, il cambiamento della partecipazione finanziaria dei beneficiari è stato sempre visto dai legislatori come treacherous, soprattutto in termini di equità. Ad oggi, la proposta di riforma arriva al punto di rendere il paziente completamente responsabile per l'eccessivo ricorso alle cure. Sicuramente, è necessario una regolamentazione congiunta dell'offerta e della domanda, volta a stabilire se bisogna apportare una serie di cambiamenti di lungo periodo nell'ambito dell'offerta stessa delle cure sanitarie.

[19] *Si veda Paris V: 'Regulating the pharmaceutical industry in France', IRDES interim report, 2004.*

[20] *Si veda C. Béraud, La sécu c'est bien, en abuser çà craint, rapport de la CNAMTS, ENSM, Aôut 1992, 62p.*

[21] *CGP (1993); Rochaix and Hartmann (2004).*

Chapter 14

Health Care Policy in France: Recent Trends

L. Rochaix[1], L. Hartmann[2]

14.1 Introduction

Although France fared extremely well in WHO's 2000 league table (being first of a long list of countries), it has since experienced such high National Health Insurance (NHI) deficits that it calls for a reassessment of the health care system's global performance.

France is fifth among OECD countries in terms of national health care expenditure which represented about 10,14% of GDP in 2003[3]. Over the past forty years, health care expenditure has increased at an annual rate faster than that of GDP by 2,5% on average. In the past three years, the salaried workers health insurance fund (*Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés*, CNAMTS) has experienced fast growing deficits (3,5 billion Euro in 2002, 10,2 billion Euro in 2003, and an expected 14 billion Euro for 2004). Cumulated deficits at the end of 2004 should come close to 30 billion Euro and unless drastic measures are taken, they could reach 260 billion Euro in 2013.

A number of governmental reports have analysed the performance of the system since 2000, from different though complementary angles. In 2002, the former Health minister, E. Guigou set up a task force on ambulatory care and contracting[4] which offered a number of recommendations. In 2003, a report on the relationship between insurers was also issued by Chadelat and another by Berland in 2002 about health care professionals' supply. Following on, a High Council for the future of health Insurance (*Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie*) was set up by former Health Minister J.F. Mattei at the end of 2003. A well documented report was handed over in January 2004 by this large group composed of all representatives of the health care system's actors. Building on the existing diagnosis, the report forms the basis of a thorough consensus on the main system's failures. Its potential weakness, however, is that no proposals were made, beyond the statement of sound regulatory principles, since it was considered a useful preliminary step in the negotiation process. However, following the change in government soon after the regional elections, proposals

[1] *GREQAM (Groupe de Recherches en Economie Quantitative d'Aix-Marseille) et IDEP (Institut d'Economie Publique), Centre de la vieille charité, 2 rue de la charité, 13002 Marseille, France; l.rochaix@univ-aix.fr*

[2] *Service d'épidémiologie et de santé publique, CHRU, 59037 Lille cedex, and IDEP, Marseille, France; lhartmann@univ-lille2.fr*

[3] *DREES (2004).*

[4] *Mission de Concertation pour la rénovation des soins de ville, January to June 2002.*

have been put forward by the newly appointed Health Minister, Ph. Douste-Blazy, in order to finance the deficit. They have been accepted on July 20th with minor modifications by the National Assembly (*Assemblée nationale*) and are currently examined by the Senate.
However, the discrepancies between the structural changes advocated by the *Haut conseil*'s report and the limited nature of the proposals currently discussed to balance NHI budget are a matter of serious concern in France today. The purpose of this paper is therefore to discuss these proposals in the light of previous economic analyses of the system's failures[5] and to assess their potential success. To carry out this exercise, it is also important to briefly summarise the main changes that have occurred in the past ten years, which may either facilitate or hinder the achievement of the reform's goals[6].

14.2 Who's in charge of what? Improving governance

One of the key terms coined by the 2004 report and subsequently used by the current Health minister is that of 'governance'. Drawing from management science, it brings together issues that economists had previously analysed under the term of regulation, which is central to incentives theory. The favourable echo the term governance received is a measure of the importance of the issue at stake.
Delegation from the State to health insurance funds, in particular the main fund for salaried workers (CNAMTS) is first incomplete since public hospitals are still under the State's authority. Beyond, it has never been straightforward. This was made explicit for the first time in 1991 in a governmental report which argued in favour of a clearer division of roles. On the one hand, representatives of the State have tended to argue that the NHI funds, because they are not directly responsible for financial deficits, tend to behave as a payers rather than buyers. Representatives of NHI funds, for their part, have argued that they do not have sufficient leeway or credibility to negotiate successfully with health care representatives. For instance, physician trade unions often seek the State's arbitrage directly in their fee negotiations with NHI funds, which substantially weakens NHI funds' position.
To understand better the complexity of these interactions, it is important to trace back the steps which led to the current intertwining of relationships between actors in charge of regulating the system. Up until the early 90s, no serious attempt was made at regulating a system that was open-ended in nature (patients paying the full fee and being refunded ex post, with no real controls, by NHI funds). However, since then, the main objective of regulation has been to turn from ex post refunding to the ex ante negotiation of a global rate of growth for total health care expenditures. This system was meant to "trade value for volume", i.e. to enable actors to move from volume maximisation back to an equilibrium with higher prices, lower volumes and more importantly, better quality. The most important step taken to enact this fundamental change was the 1996 Juppé Ordinances which gave Parliament the power to set prospectively a global cap (ONDAM - *Objectif National des Dépenses d'Assurance-*

[5] *Rochaix and Hartmann (2004); Rapport du Haut conseil, 2004; Polton and Mauss (2003); Mougeot (1999).*

[6] *For a more detailed presentation of the French health care system, see the recently published 'HIT' by the European Observatory for Health Care Systems (2003).*

Maladie) by voting annually the Social Security Law (*Loi de financement de la Sécurité Sociale* - LFSS). This cap is then split between the different sectors (one for profit hospitals, called OQN - *Objectif Quantifié National*, one for the public hospital sector, one for ambulatory care (called ODD - *Objectif de Dépenses Déléguées*) and one for both medical and social services.

The ex ante determination of the health care sector target rate of growth was strongly resented by all health care professionals, in particular physicians. A heated debate followed and still rages between those who believe that information dissemination, activity assessment and the definition of medical guidelines will successfully curb unnecessary health care expenditure and those who support the view that closed caps (implying financial sanctions in case of overshooting) are also needed to contain costs effectively. This top-down definition of the health care sector's size has been viewed by its opponents as a pure accounting exercise and called *maîtrise comptable* to be contrasted to their preferred option (called *maîtrise médicalisée*). ONDAM was therefore heavily criticised because its setting obeyed macro-economic principles (relating to economic growth and tax revenue prospects) rather than public health priorities. A proposal was made in 2002 by the Guigou task force to create a national independent regulatory agency (called *Haute Autorité de Santé*) to assist Parliament with the annual vote of ONDAM and to ensure a better link between health priorities and economic objectives. It has been accepted by Parliament the July 11th 2004 and is currently being set up.

Experience however has shown that conferring Parliament the vote of global caps does not guarantee by itself that targets will be met. For instance, compared to the 2001 ONDAM of 105,7 billion Euro, the 2002 target was set at a substantially higher level (112,8 billion Euro) but was nevertheless overshot by 3,9 billion Euro. The fastest rate of growth is found in ambulatory care (+7,0% between 1999 and 2002), compared to a rate of increase of 4,9% in hospital care over the same period. It is mainly due to volume rather than price increases and is to be related to the fact that caps are closed for hospitals but only indicative in ambulatory care. Clearly, except for its first year of existence, ONDAM has been regularly overshot, to such an extent that this global mechanism has lost much of its credibility. It has indeed been criticised heavily in a recent report by the Court of Accounts (2003) which incriminates the lack of sanctions in case of overshooting. In particular, the lack of interaction between Parliament and NHI funds has meant that no-one was really financially in charge of ensuring that the target would be met. The report, like previous ones, strongly recommended a clearer division of roles between the State and NHI funds and a direct financial responsibility for the achievement of global targets.

Clearly, the plea made in the 2004 High council report for a more precise definition of who is in charge of what in the French health care system is most appropriate. The current reform proposal attempts to improve governance by defining two new structures: the first, called UNCAM (*Union des Caisses d'Assurance Maladie*) federates all public health insurance funds while the second, called UNOC (*Union Nationale des Organismes Complémentaires*) brings together all supplementary insurance funds. While the State retains powers to define global caps and public health priorities, it delegates to UNCAM more power to negotiate with health care professionals' representatives. It also encourages more concertation between UNCAM

and UNOC, in particular for the definition of what items to reimburse to patients and to which extent. The question that remains open, more importantly, is who will be made financially responsible in case of global target overshooting, or in other words, how should one enhance financial accountability in such a complex array of delegation relationships in matters of regulation. No answers to these questions have been offered in the current reform project.

14.3 Health care financing: structural reforms or burden shifting?

The French health care system was set up in 1945 and founded on the principle of professional solidarity. Financing comes from four main sources: the National Health Insurance (NHI) funds (75,7%), covering virtually all French residents, supplementary insurance schemes (12,3%), users through out of pocket payments (11,0%) and the reminder for the State and local authorities. NHI funds provide both cash benefits (for sickness absence) and benefits in kind (partial if not total refunding of health care expenditure). They offer one of the most extensive benefit packages in industrialised countries but with varying reimbursement rates (high for hospital but low for ambulatory care, in particular for dental and ophthalmic care). Supplementary insurance policies cover co-payments for different types of goods and services. About 86,0% of the French population was covered in 2000.

Over time, an alternative solidarity principle has been favoured: that of residency. It entails the progressive harmonisation of the different NHI benefit packages and the setting up of a new tax called *Contribution Sociale Généralisée* - CSG. This tax, implemented in 1991, has a wider base than the personal income tax since it covers all sources of income (patrimonial incomes, shares and bonds, pensions). By 2000, the CSG had become an important source of finance (estimated in 2000 at about 35% of total NHI funding). Another tax was set up in 1996 (supposedly on a temporary basis) to cover the high health care deficits of the time: the *Contribution au Remboursement de la Dette Sociale* - CRDS, with a low rate of 0,5% and a wider taxable base than the CSG. Since its implementation, it has been extended to 2014. Unlike the CSG, which implies a progressive but structural change from a Bismarckien to a Beveridgian philosophy, the CRDS only operates a burden shift to future generations, giving the current government a discrete lever to achieve temporary budgetary balance. Employers' contributions and CSG revenues represent about 89% of total resources of the main national health insurance fund (*Régime Général*). Other sources of revenue, which include taxes on alcohol and tobacco as well as a tax on pharmaceutical companies, are comparatively more limited.

The residency principle has also been favoured through the implementation of a universal medical cover (*Couverture Maladie Universelle* - CMU), written in the Law in July 1999 and effective from 2000. The CMU ensures a wider coverage by extending the basic insurance cover to the remaining fringe of residents still not covered (estimated at 150.000 individuals). To do so, a residency criterion was added to the traditional employment related one (either directly or indirectly through a working member of the household). The second objective pursued by the CMU is to offer a basic supplementary cover (called CMUC) to those below a certain income threshold (currently set at 6.589 Euro per year per person). About 4.5 million residents (7,0% of the population) benefited from CMU at the end of 2002[7]. CMUC is mainly

[7] *CREDES, 2003a.*

offered to the poorest households of the lowest income decile. The progressive introduction of CMUC has increased the percentage of the population covered by supplementary insurance from 80 to about 91,0% and recent research has shown that free care has improved access and health status[8] for this fringe of the population.
The main scope of the current reform project with respect to financing is to generate new resources (estimated at 4 billion Euro) through increases in CSG, in particular for pensioners (who had, until then, benefited from reduced tax rates) and through an extension of CRDS to the year 2040. In effect, this comes to shifting the burden to the elder and the younger generations to avoid further distortions in the labour market. To counterbalance the potentially negative side of this increase in contributions, the current reform project also includes the extension to an additional two million households of the benefit of CMUC.

14.4 Health care demand: controlling expenditure without reducing access

In France, patients have direct access at no extra charge to the four following points of entry into the system: GPs, specialists, out-patients visits in hospitals and emergency services. Most GPs and specialists practice outside the hospital (*Médecine de ville*) and are paid on a fee for service basis. Specialists practising in public hospitals are under salary while fee-for-service is used in private hospitals. Under such a system, patients' free access potentially strengthens providers 'incentives towards services' overuse.
Two mechanisms have consequently been set up to make patients more sensitive to overall cost in ambulatory care: the *Avance de frais* and the *Ticket modérateur*. Under the first instrument, the patient pays the full price and is later refunded by his NHI fund. Although supported by physicians who strongly object to being paid directly by NHI funds, it has long been criticised on both grounds of efficiency, since its management is labour intensive, and equity, since it tends to create access distortions between hospital and ambulatory care, the lower incomes groups using hospitals more readily, and at a later stage in their illness. The CMU reform, by exempting its beneficiaries from the *Avance de frais*, should contribute towards reducing some of these distortions. More importantly, it has led to a progressive questioning of this seemingly immutable principle. Today, a large number of providers, including pharmacists, accept the new patient's microchip card (*carte Vitale*) which, in effect, waves the Avance de frais.
The second mechanism (*Ticket modérateur*) derives from insurance theory according to which only partial insurance should be offered in order to reduce potential moral hazard[9]. Exemptions from co-payments are granted for certain risks (maternity and professional risks) and for expenditures relating to long standing illnesses (at least 10,0% of the insured suffering from long term severe and/or chronic illnesses such as cancer are totally or partially exempted). Co-payments vary significantly according to the fund (salaried workers or not) and to the type of service. Out-of-pocket payments for ambulatory care may, however, be

[8] *CREDES, 2003b.*

[9] *The notion of moral hazard refers to the change in behaviour from the part of the insured, due to the presence of insurance (such as overuse of service).*

partly or totally refunded by privately purchased supplementary insurance schemes (called *assurances complémentaires*). They comprise mutual aid funds (around 6.500 in 2000, covering about 59,0% of the supplementary scheme beneficiaries), provident societies (about 20, jointly managed by trade unions and employers and covering 16,0% of beneficiaries) and private for profit insurance companies (about 80, covering 21,0% of beneficiaries). Supplementary schemes (whether purchased individually, by the employer, or granted by the State through the recent CMU reform) now virtually cover the whole population. Beyond reducing moral hazard, attempts at controlling expenditure in ambulatory care have entailed excluding certain goods or services from reimbursement or lowering reimbursement rates. A daily hospital tariff was also introduced in 1975 to cover accommodation expenditure and has subsequently been increased at regular intervals. Extra-billing (called *dépassement*) has also been introduced in France in 1980 for ambulatory care physicians wishing to join a newly created sector (called *secteur II*). They were granted the freedom to charge over and above the negotiated fee for all their patients against an increase in their personal social insurance contributions.

In 2003, NHI paid 92,0% of the total hospital care bill, while supplementary insurance funds covered 4.2% and patients 3,7%. For physicians' services, these figures were respectively 71,8%, 20,2% and 8,0% and for dental care they were 34,8%, 35,2% and 30,0%[10]. All in all, patients' outlays before refund by supplementary insurance policies is estimated on average at 330 Euro per person per year (of which 205 Euro for *Ticket modérateurs*, 31 Euro for hospital day tariffs and 95 Euro for *dépassements*. They represent on average 2,3% of households' income, but with a marked dispersion (as high as 15,0% for the lowest decile of the income distribution and as little as 1,5% for the top one). This dispersion is explained by the strong social gradient of illness (the poor being more sick) and justifies the policy which has led to generalising supplementary insurance policies.

The reform project currently under discussion entails shifting more of the financial burden to patients and their supplementary schemes through increased user charges. Among these is a new lump sum payment of 1 Euro levied for every physician consultation (*as well as for laboratory tests*) which cannot be refunded by supplementary insurance schemes. Exemptions will be granted for certain conditions (maternity, long standing illnesses) and a ceiling of 50 Euro per year has been proposed. A further increase in the daily tariff paid by patients during their hospital stay is also envisaged (an additional 1 Euro every year for the next three years). These two measures are expected to yield additional revenues (estimated at 11 billion Euro) and more importantly, the per consultation lump sum constitutes a potential lever to be used in the future to cover deficits (much in the manner in which the hospital daily tariff has gradually been increased over time).

The second objective pursued by the reforms is to reduce overuse or ineffective care. A first measure is aimed at reducing the number of sickness leave spells which has increased at a fast rate (46,0%) in the past five years. Sanctions would be taken against patients in case of illegitimate claims or against physicians in case of excessive prescribing. Another proposal entails a personal computerised medical record, together with a soft version of the gatekee-

[10] *See Couffinhal and Paris, 2003.*

per called *médecin traitant*. Starting in 2005, this medical record system, mainly aimed at curbing redundant procedures, should be generalised to the entire population in two years. According to this system, the patient would remain free to choose and change as he likes his *médecin traitant*. Patient could still seek an alternative source of secondary care (specialist or hospital care) than that suggested by their gatekeeper but at the cost of an increased co-payment. The introduction of a gatekeeping system has long been supported in various reports[11] in France and first attempted in 1997 under the name of *médecin référent* but it has met with a mitigated success. The chances of success are slim for this new version, all the more that gatekeeping is not restricted to GPs (specialists practising outside hospitals being eligible too) and that patients can still freely change their médecin traitant at will.
More importantly, these proposals are not addressing the structural inefficiencies related to the complex relationship that prevails between payers. Since there is no legal limit to co-payment refunding by supplementary insurance schemes, this reduces its expected effectiveness for those benefiting from generous supplementary policies. Paradoxically, private insurance companies can thrive by offering contracts which, in effect, refund the co-payments that compulsory insurance funds impose in order to reduce users' moral hazard. Up until recently, supplementary insurance schemes have adopted rather generous refunding strategies for the *ticket modérateur* and the *dépassements*, since competition was mainly cast in terms of coverage rather than price, but the recent increases in outlays may lead to more restrictive reimbursement conditions in contracts, with important equity implications. It has also led to a questioning of the subsidiary role played by supplementary insurers who should become more actively associated to NHI reimbursement decisions.

14.5 Regulating supply: mixed results

Attempts at regulating health care supply have first been made for public hospitals with the introduction of global caps in the early 80s. They have since developed into more elaborate prospective payment schemes inspired originally by the American system of DRGs (Diagnostic Related Groups). For ambulatory care, regulation only started in the early 90s. Little has been achieved in this respect and curbing the high rates of growth of ambulatory care services and drug consumption remains a challenge for the present government.

14.5.1 Hospitals: from retrospective to prospective payment

Hospitals may be either public, private not-for-profit or private for-profit (the so-called *cliniques privées*) but the divide is not as clear cut since public hospitals may house a private sector[12] and private not-for-profit hospitals may choose to carry out a *Mission de Service Public*[13], just as public hospitals do. Hospital care delivery is therefore characterised by the

[11] *CGP, 1993.*

[12] *Restricted to 8% of the beds of a public hospital medical ward and no more than a day a week workload for doctors. This right had been removed but was placed back partly to curb public hospital doctors' drift towards private hospitals where remuneration is higher.*

[13] *Following the 1958 hospital reform, all public hospitals must fulfil the requirements for a public (or universal) service: continuity of care, equal access and fight against social exclusion, 24 hour access to emergency wards, prevention, screening.*

coexistence of a public and a private sector, and patients can choose freely between either sector. Indeed, refunding by NHI funds and supplementary insurance schemes makes them financially indifferent between both sectors.

The relationship between public and private hospitals has traditionally been one of pacific coexistence in that both their objectives and financial means were different, the private sector specialising in minor surgical interventions and leaving complex surgery to the capital intensive hospitals. This division of labour was facilitated by the limited financial resources of the private sector regarding medical equipment but this has changed substantially in the past twenty years. The competition which has since developed has been impaired by the different financial rules applied to both sectors. Consequently, most of the 90s reforms have endorsed the idea of progressively implementing prospective payment schemes in order to harmonise financial rules between public and private hospitals and to foster a fairer competition through performance measurement and the development of quality assurance processes. They also opened up the possibility of experimenting with health care networks of different types (whether related to a specific illness or not).

Regulation started as early as 1983 for public hospitals and some of the not-for-profit institutions, with the implementation of a global financial cap (budget global) effective from 1984-85. Covering most of the hospital resources, it replaced the per diem system which provided no incentives to reduce lengths of stay. The budget global, originally defined on a historical base, is modified yearly by a national rate of increase set in accordance with the general economic prospects. The main objective pursued was to curb total hospital care expenditure by enhancing hospitals' financial accountability. However, because the budget global was mainly defined on historical costs, rather than expected output, it has turned out to be rather inequitable, some hospitals benefiting from rents and others being under strict financial constraints. While public hospitals experienced global caps, *cliniques privées* continue to be paid on a per diem basis. They are still financed today on a cost-plus base, with a two item tariff: fees for specialists' diagnostic and therapeutic services (in line with those agreed for specialists' services outside hospitals) and a per diem lump sum payment covering all other costs (patients' accommodation, ancillary services, drugs) times the number of days. These day-tariffs are not harmonised at national level, and vary substantially from one geographical area to another. The resources clearly depend on the volume of specialists' services and the length of stay, which provides a strong incentive to inflate the number of services, increasing in so doing the rate of use of medical equipment to pay back expensive investments. Clearly, the provision by *cliniques privées* of high tech medicine with little concern for total cost, compared to the strict financial caps imposed on the public sector led to a growing concern with the unfair nature of the competition that had developed between both sectors.

A first attempt was made at controlling total costs in the private for-profit sector through the 1991 Hospital Reform which recommended the use of global expenditure caps. Yet, unlike public hospitals, which are placed under direct State authority, the regulation of the private for profit hospital sector is placed under the joint responsibility of the State, representatives of NHI funds and national trade unions for cliniques privées. The implementation of caps therefore had to be negotiated between the three partners and led, in 1992, to the definition of a cap called OQN (*Objectif Quantifié National*) with collective sanctions in case of overshooting at the end

of the year and tariff increases in case of undershooting. These sanctions were never really put in force and were questioned in 1998 by the Court of State (*Conseil d'Etat*).
Both the OQN for cliniques privées and the budget global for public hospitals have to be decentralised to the regions. Each region is endowed with two separate caps: one for the public sector and the other for cliniques privées (called OQR - *Objectif Quantifié Régional*). Since the 1996 Juppé Ordinances, the allocation of resources to public and private hospitals in the region is undertaken by regional agencies (*Agences Régionales de l'Hospitalisation* - ARH). They define contracts with each hospital, specifying both objectives and means (*Contrats d'Objectifs et de Moyens* - COM). Planning of health care facilities and heavy medical equipment is also one of their responsibilities, through regional schemes (*Schéma Régional d'Organisation des Soins* - SROS). The ARH then allocates resources separately under each cap but attempts in both cases to encourage performance. To allocate resources, the different ARH use the PMSI (*Programme de Médicalisation du Système d'Information*) set up in 1985 for public hospitals and in 1996 for *cliniques privées*, which provides information on hospital activity in the form of discharge abstracts, using 598 different DRGs (called GHM - *Groupes homogènes de maladies*). The use of resources per GHM is analysed through an implicit price called ISA - *Indicateur Synthétique d'Activité*[14]-.
For the private for profit sector, negotiations between the three partners (State, NHI funds and trade unions) take place shortly after the vote of ONDAM. Beyond setting both OQN and OQR, they also imply the definition of regional average rates of growth for tariffs, as well as upper and lower bounds for tariff variations within a region. The ARH then negotiates individual tariffs for the year to come with each *clinique privée* under these nationally agreed terms and on the basis of observed performance (value of ISA point of the *clinique privée*). The ARH can revise tariffs according to the rate of growth of expenditure after the first six months, in order to meet the OQR target. Clearly, one of the main difficulties encountered in the definition of this tariff policy is the diversity of the methods used by the different ARHs.
The 1996 Juppé Ordinances also included a long term convergence process according to a formulae, close to the British RAWP system, and aimed at progressively reducing regional discrepancies. Under this scheme, the financial target that each region will eventually meet is defined over two items, one for short term activity and the other for long term and psychiatric care. The determination of the short term item takes into account on equal terms an indicator of morbidity (namely the population likely to use hospital care) and an indicator of hospital performance (measured by the regional average value of each ISA point). In 1999, two indicators were added: one accounting for population flows from one region to the other and another based on comparative mortality rates[15]. The 17 year horizon initially set for the convergence process was also extended to 30 years, until 2038.
Another important step in hospital regulation has been the more systematic use of quality

[14] *Public and private information systems are still disconnected, which makes performance comparisons somewhat tentative. While information is based on average costs per DRG for public hospitals, it relies on average prices for the private sector, prices being negotiated between the profession and the regulator who ignores true costs.*

[15] *Court of Accounts, 2002.*

monitoring. In this respect, a national agency for accreditation and health services evaluation (*Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation des Soins* - ANAES[16] has been set up to encourage the evaluation of health care practices in the public and private sector, both for hospital and for ambulatory care. Accreditation carried out by professionals outside the institution has become particularly important to ensure both safety and quality. Indeed, quality adjustments are a likely response to regulation based on performance indicators such as ISA points which are only quantitative. Although compulsory for all hospitals, both public and private, accreditation lags behind for lack of means. A manual for accreditation has been defined, but only 131 out of 3000 hospitals had been accredited at the end of 2001.
All recent reforms regarding hospital care have been placed under the term *Hôpital 2007* which also gives an indication of their time horizon. Amongst these, a new payment system (called T2A for *Tarification à l'activité*) will be progressively introduced to reimburse hospitals for short term care on the basis of patient stays (*Groupes homogènes de séjours* - GHS) rather than on diagnosis, as in the original DRG system. Separate funding has been foreseen for special activities such as research and other public service missions. Although negotiated at national level and on the basis of aggregate realized activity, GHS fees can be adjusted to account for the hospital's special characteristics. The new system will be phased in progressively, starting in 2004, with 10% of financing coming from T2A and 90% from the Budget global system, and an extra 10% every year until complete replacement of the Budget global in 2014. Private cliniques will adopt T2A at a faster rate but still with a trans ition period.

14.5.2 Regulating physicians services: the impossible task?

Structural reforms aimed at altering incentives to overuse and making competition more effective have been called upon since the early 90s, and some attempted, but they have met with a much stronger resistance than in the hospital sector.Due to the large degree of freedom of provider choice (including between GPs and specialists) and the generous reimbursement by NHI and supplementary insurance schemes (see infra), users have no incentives to curb unnecessary care. They may also induce unfair competition between GPs and specialists. Indeed, since patients value more highly specialist services, generalists try to keep their clientele by agreeing to over prescribe certain drugs, certificate of interrupted activity or other health care professionals' services. Generalists are also under pressure from drug companies to prescribe the most recent (and therefore more expensive) drugs. Specialists for their part tend to prescribe excessive return visits and examinations. These incentives, coupled with the fact that physicians' activity is not adequately monitored in France, for lack of an appropriate fee schedule and coding procedure, have led to a rapid volume escalation.
In the 90s, various attempts were made at introducing closed caps for physicians' services, in particular in 1996 with the Juppé Ordinances[17]. The closed caps policies either implied col-

[16] *Formerly called ANDEM 'Agence Nationale pour le développement de l'Evaluation Médicale (set up in the 90s), its missions were extended to include accreditation and therefore renamed in 1996.*

[17] *See Rochaix and Hostamann (2004)*

lective or individual sanctions, and were either restricted to physician services themselves or sometimes included other health care professionals and drugs. In most cases, the agreements that supported such sanctions were declared invalid by the highest administrative Court of the State (*Conseil d'Etat*).

In parallel, the scope of medical agreements (*conventions médicales*) regularly signed by physicians' trade unions with NHI funds has slowly been extended to include other dimensions of professional practice, such as the requirements in terms of further education (1999) and the sanctions in case of malpractice (2002). A number of measures were also taken to develop peer review. The precise coding of physicians' activity (procedures, diagnoses and prescriptions) was written in the Law in 1994 (but it is only completed for laboratory tests and prescriptions today). The transmission by physicians of information on diagnosed illnesses and prescribed drugs to local sickness funds was introduced in order to ensure a more efficient quality audit as well as a check on unnecessary care. Peer review also meant the development of utilisation guidelines which started in 1993. They were called *Références médicales opposables* (RMOs), where the last term *opposable* indicates that a sanction could be imposed on physicians in case of overshooting (up to 10.000 Euro per physician per year). This system of sanctions was abandoned in 1999, although it represented the only instrument to ensure that the target would be met. In its place, the possibility for physicians to commit themselves to using adequately health care services (*Accords de bon usage des soins* - AcBUS) was written in the 2000 Law. The purpose of these agreements was to introduce financial incentives for physicians (who were given back a small share of the expenditure that they had contributed to save). Physicians' freedom to set up practice, with no restrictions on geographical location, has led to unequal access to services: medical density can be as high as 423 physicians per 100 000 inhabitants in some regions (*Ile de France*) compared to others such as *Picardie* where it is much lower (249). Geographical differences between départments in medical density range from 1 to 1.8 for GPs compared to 6.6 for specialists on average. But they can be much higher for certain specialities (18 for surgeons, 32 for psychiatrists) and a recent report[18] has identified a number of specialities for which access will become a serious matter of concern in the next five to fifteen years. Regulating physicians freedom regarding practice location has been hotly debated in the past years. However, the approach that is currently favored is to define financial incentives for physicians to set up practice in less well endowed geographical regions. Another solution to access difficulties put forward by the Berland report (2003) is to develop complementarity between physicians and other health care professionals. There is, however, no consensus today on this idea of delegation of some of the tasks currently undertaken by physicians. The Observatory for health care professionals' supply that has recently been set up should help document further this notion of delegation. The current reform proposals, in line with the principles of *maîtrise médicalisée*, mainly rely on such agreements to reduce overuse, while attempting to strengthen their medical and scientific foundations. Unlike previous reforms where physicians were made partially accountable for overuse, the current project makes no attempt at defining instruments to ensure the respect of the prospective cap defined for ambulatory care expenditure.

[18] *Domergue (2003).*

14.5.3 Drug regulation: from price to volume regulation

Up until the early 90s, price setting was the main instruments used by the French government to control the drug bill. Beyond maintaining prices at artificially low levels, with worrying discrepancies with respect to other European drug prices, regulation also entailed regular taxes levied on companies' turnover, and on wholesalers' and pharmacists' profit margins. The government introduced a cap on advertising expenditure in 1994, with a sanction (reduction in prices) in case of overshooting. A tax was introduced on advertising and it was raised in 2002. Cost containment was also achieved through reductions in patients' rates of reimbursement by NHI for certain drugs and in some cases, exclusions from the positive list of drugs. However, between 1980 and 2001, expenditure on drugs increased faster than any other component of health care expenditure. In 2001, total expenditure on drugs accounted for 27,3 billion Euro, i.e. Euro 448 per capita. It represents about 18,4% of current health care expenditure (compared to 14,8% at the beginning of the eighties).

More recently, the regulation of expenditure on drugs has aimed at progressively introducing contracting on an individual basis with drug companies to reduce volumes[19]. Beyond encouraging individual contracting and capping advertising expenditure, the government has taken a number of measures to improve generic prescription: physicians were granted the right to prescribe in non proprietary name (2001), and in 1999, pharmacists were given the right to substitute and limited financial incentives to do so.

With respect to drugs, the current proposals aim at encouraging the development of generic prescribing, which only represents 13,0% of total drug consumption in France (6,0% of NHI funds drug budgets). Under discussion is the reduction of the length of some of the licences from 15 to 10 years and a more selective reimbursement policy, with regular assessments by the newly created *Haute Autorité de Santé*. Beyond increasing the tax on advertising, the current reform project also entails making the exceptional tax levied on companies' turnover perennial.

14.6 Conclusion

What should one make of the present government's reform project currently under discussion by Parliament? The discrepancy between the wide consultation process (rounded up by the publication of a consensual report in January 2004) and the following phase where proposals were drafted in haste may well explain the lack of interest for the reform. It is generally perceived as a short term budget balancing exercise, mainly aimed at generating new sources of revenue (by taxing pensioners and future generations) and reducing overuse.

A more balanced view should hopefully emerge from the previous analysis. To some extent, the proposal revives some of the good ideas that had been tried but with little success in the past. Such is the case of the *médecin référent* option, now called the *médecin traitant*. In terms of governance, the current proposals make good use of the new *Haute Autorité de Santé* and creates new institutions to federate health insurance funds, both public and private. Also, the various measures advocated to reduce overuse had been called upon since

[19] *See Paris V., 2003.*

waste had first been identified and measured by C. Béraud (1991).[20]
But a number of the priorities that had been identified by the *Haut Conseil'*s report have been barely touched upon for the moment, however central they may be for the long term prospects of the health care system. Such is the case with the issue of the macro-economic regulation of the system and the financial accountability of those in charge of regulating the system.
More importantly, what really distinguishes this reform from previous ones (in particular the 1996 Juppé Ordinances) is that it shifts the entire burden of responsibility for overspending from providers to patients, leaving physicians out of the regulatory focus. It is true that increasing patients' accountability and awareness for health care costs has long been recommended[21]. Up until recently, changing patients' financial participation had always seemed treacherous to decision-makers, in particular on equity grounds. Today, the reform proposals goes to the extreme of making patients entirely responsible for overuse. Surely, what is required is a joint regulation of supply and demand aimed if one is to achieve long term changes in health care delivery.

[20] *C. Béraud, La sécu c'est bien, en abuser çà craint, rapport de la CNAMTS, ENSM, Aôut 1992, 62p.*

[21] *CGP (1993); Rochaix and Hartmann (2004).*

Bibliografia/References

Berland Y., 2002, *Mission Démographie des professions de santé*, Rapport pour le Ministère de la santé.

Berland Y., 2003, *Mission Coopération des professions de santé: le transfert des tâches et de compétences*, Rapport pour le Ministère de la santé.

Bruhnes B., Glorion B., Paul S., and L. Rochaix, 2001. *Bilan de la Mission de Concertation pour la Rénovation des Soins de Ville (Report from the taskforce on reforming ambulatory care)*. Ministère du Travail, des affaires Sociales et de la Santé, Paris.

Chadelat J.F., 2003. *La répartition des interventions entre les assurances maladie obligatoires et complémentaires en matière de santé*. Rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale, Avril.

Commissariat Général du Plan, 2003, *Rapport Santé 2010, Atelier technique n°4, 'Modes de rémunérations des médecins et participation financière des usagers'*, La documentation française.

Commission des Comptes de la Sécurité Sociale, 2004. *Les comptes de la Sécurité Sociale*. Rapport, Paris.

Cour des Comptes, 2003, *Rapport sur l'exécution des lois de financement de la Sécurité sociale*. Rapport annuel au parlement sur la sécurité Sociale, Septembre.

Cour des Comptes, 2002, *Rapport sur l'exécution des lois de financement de la Sécurité sociale*. Rapport annuel au parlement sur la sécurité Sociale, Septembre.

CREDES (Centre de Recherches et de Documentation en Economie de la Santé), 2003a. *Impact de la couverture maladie universelle complémentaire sur les consommations de soins*, Questions d'économie de la santé, n°74.

CREDES (Centre de Recherches et de Documentation en Economie de la Santé), 2003b. *L'état de santé des bénéficiaires de la CMU complémentaire en 2002*, Questions d'économie de la santé n°76.

Domergue , 2003, *La chirurgie française en 2003: les raisons de la crise et les propositions*, Rapport pour le Ministère de la santé.

DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques), 2004. *Comptes Nationaux de la Santé 2003*. Etudes et résultats, n°323.

Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, 2004, *Rapport pour le Ministère de la santé*, Janvier.

Mougeot M., 1999. *Régulation du Système de Santé. Rapport n°13*, Conseil d'Analyse Economique, La Documentation Française, Paris.

Paris V. (2003)

Polton D., H. Mauss, 2003, Territoires et accès aux soins, *Rapport pour le Ministère de la santé*, Ed. de la Documentation française.

Rochaix L., L. Hartmann, 2003, *Public private mix for health: the french case*, in "The public private mix for health", A. Maynard ed., à paraître.

Sandier, S., D. Polton and V. Paris. 2003. *Health Care Systems in Transition: France*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems. Ed. Thomson S.and E. Mossialos.

Capitolo 15

La legge per la "modernizzazione dell'assistenza sanitaria". Effetti di breve termine e sfide a lungo termine per gli attori del mercato dell'assistenza sanitaria in Germania

Janus K.[1]

15.1 Introduzione

Come altri Paesi industralizzati, la Germania si misura con istanze demografiche e culturali, quali l'invecchiamento della popolazione, il cambiamento dell'etica del lavoro e un mercato sempre più diversificato culturalmente. Ad esempio, mentre nel 2001 c'erano 3,8 attivi per pensionato, questo rapporto si prevede che sarà pari a 1,7 nel 2050. Inoltre in pochi settori industriali il progresso tecnologico avanza più che nell'assistenza sanitaria. Sono queste spinte tecnologiche quelle che possono modificare la sostenibilità dei servizi. Ad esempio, fino agli anni '50 il trattamento delle persone colpite da polio costituiva uno dei maggiori flussi di entrata per le strutture ospedaliere. Questa malattia fu praticamente eliminata negli anni '50 con la disponibilità del vaccino di Salk. In combinazione con fattori demografici e culturali, il progresso tecnologico ha un significativo impatto sull'efficienza e la qualità dell'assistenza sanitaria, mettendo queste impellenti aspirazioni in qualche modo in competizione fra loro.

La legge sulla Modernizzazione dell'Assistenza Sanitaria (*Gesundheitsmodernisierungsgesetz*), che è entrata in vigore dall'inizio del 2004 con un approccio legislativo *non-partisan* è deputata a diminuire il costo del lavoro in Germania, mediante la riduzione dell'aliquota contributiva per l'assicurazione sanitaria, che viene dedotta dalle retribuzioni lorde. Questo implica che le famiglie dovranno sopportare una più alta quota dei costi e divenire più responsabili della propria assistenza sanitaria. La legge riconosce esplicitamente che i consumatori hanno diritto a dire la propria sull'erogazione dell'assistenza sanitaria. L'*empowerment* dei consumatori è accompagnato da incentivi tesi a ottenere cambiamenti istituzionali. Un'enfasi è posta sull'integrazione del frammentato settore dell'offerta sanitaria, al fine di perseguire gli obiettivi – a volte confligenti – dell'efficienza e della qualità nell'assistenza sanitaria.

Questo contributo passa in rassegna i principali aspetti della legge sulla Modernizzazione

[1] *University of Bonn.*

dell'Assistenza Sanitaria (*Gesundheitsmodernisierungsgesetz*) – l'*empowerment* dei consumatori, l'efficienza e la qualità – e analizza le loro implicazioni di breve e lungo termine sul mercato dell'assistenza sanitaria e sulle reazioni di coloro che sono coinvolti nel mercato (gli *stakeholder*). Una enfasi è stata posta in particolare sui cambiamenti strutturali e istituzionali voluti dalla legge. Le osservazioni finali riassumono le questioni principali e delineano le sfide future.

15.2 L'evoluzione della legge sulla Modernizzazione dell'Assistenza Sanitaria (Gesundheitsmodernisierungsgesetz) e i suoi obiettivi

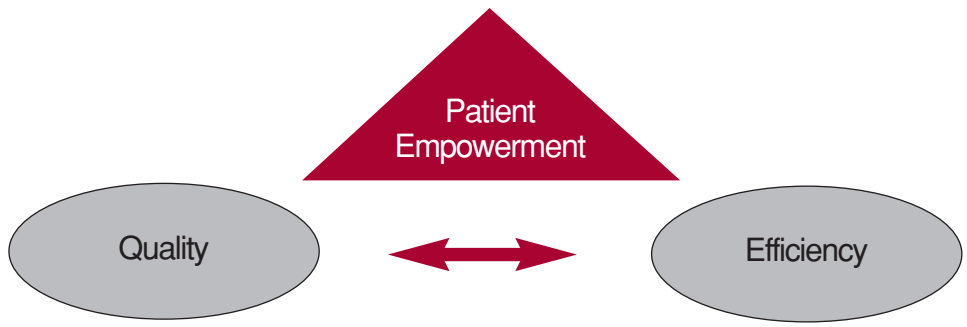
L'assicurazione sanitaria obbligatoria (SHI) assorbe 140 miliardi di euro, si riscontra però una maggiore - minore - e a volte inadeguata erogazione di assistenza sanitaria, che è attribuibile ad un insufficiente coordinamento dei servizi sanitari. Nel 2003 la SHI è stata considerata non più finanziariamente sostenibile e sono iniziati negoziati per una riforma del sistema sanitario. La legge sulla Modernizzazione dell'Assistenza Sanitaria (*Gesundheitsmodernisierungsgesetz*) è stata discussa sulla base di una bozza *non-partisan* ed è andata in vigore il 1° Gennaio 2004. Essa recepisce le raccomandazioni del Consiglio Consultivo sulle "Azioni Concertate in Assistenza Sanitaria" (*Advisory Council of the Concerted Action in Health Care*). Il 21/22 giugno 2003 il Cancelliere Schröder e il leader dell'opposizione Merkel hanno convenuto di lavorare per addivenire ad un approccio comune; i lavori sono iniziati il 4 Luglio 2003 e hanno infine portato ad una soluzione *non-partisan*, chiamata Legge sulla Modernizzazione dell'Assistenza Sanitaria (*Gesundheitsmodernisierungsgesetz*), negoziata dal Ministro della Sanità Schmidt e dal suo predecessore Seehofer (membro dell'opposizione). L'obiettivo politico è stato quello di diminuire l'aliquota contributiva media per la SHI a meno del 13,0%. Tale aliquota sfiorava il 15,0% alla fine del 2003. Inoltre, si voleva in generale ottenere un aumento della produttività del sistema sanitario tedesco.
Gli obiettivi posti implicavano che il settore privato fosse maggiormente coinvolto e assumesse più responsabilità nell'erogazione dei beni pubblici, ma il Governo ha voluto creare le condizioni e ha anche voluto rafforzare le regolamentazioni a ciò finalizzate, per spingere le famiglie ad agire coerentemente con obiettivi di tipo sociale.
Come in altri Paesi europei, i politici tedeschi hanno tentato di implementare processi decisionali meno politici e più tecnocratici (ad es. valutazioni costi-efficacia basati sull'evidenza), lasciando alle regole della competizione, dove e come possibile, il compito di stimolare una ottimizzazione organizzativa e istituzionale. Questo necessariamente comporta un rafforzamento del ruolo dei consumatori e minori interferenze regolatorie.

15.3 I principali aspetti della riforma sanitaria

I punti principali della riforma sono finalizzati a raggiungere obiettivi precisi che possono essere raggruppati in tre categorie:
- *empowerment* dei pazienti come principio sovraordinato;
- qualità dell'assistenza sanitaria;
- efficienza dell'assistenza sanitaria.

Mentre l'obiettivo dell'*empowerment* dei pazienti può essere pensato come complementare sia alla qualità che all'efficienza dell'assistenza sanitaria, questi ultimi in molti casi possono

Figura 1 - Il processo competitivo per riconciliare gli obiettivi di qualità ed efficienza, nell'ipotesi di *empowerment* dei pazienti



1. Competition entails a selection process
2. Coordination necessitates adjustment
3. Coordination involves networking and integration

rappresentare obiettivi in conflitto fra loro. D'altronde la "tensione" tra queste due finalità può essere di beneficio per ulteriori sviluppi del mercato dell'assistenza sanitaria. Considerando l'*empowerment* dei pazienti come il fattore guida nel lungo periodo per le modifiche strutturali sul lato dell'erogazione dell'assistenza sanitaria, gli obiettivi – in conflitto fra loro – del miglioramento della qualità e l'aumento dell'efficienza implicano nel lungo periodo cambiamenti istituzionali. Si propone un processo a tre stadi come rappresentato nella Figura 1.
L'obiettivo di perseguire contemporaneamente qualità ed efficienza porta in primo luogo ad un processo di selezione competitiva. Ad essa saranno capaci di sopravvivere solo gli erogatori che dimostreranno efficienza, offrendo simultaneamente un'alta qualità delle cure. Nella seconda fase, gli erogatori che rimarranno sul mercato dopo la selezione dovranno coordinare le loro attività, se del caso modificandole. Infine, nella terza fase si realizzeranno cambiamenti strutturali, perseguendo la massimizzazione della qualità e dell'efficienza.
In primo luogo si affronteranno gli obiettivi della legge sulla Modernizzazione dell'Assistenza Sanitaria (*Gesundheitsmodernisierungsgesetz*), per poi analizzare in maggiore dettaglio i relativi effetti di breve e lungo periodo.

15.3.1 L'*empowerment* dei consumatori e la definizione di una rappresentanza dei pazienti

L'idea che sottostà al perseguimento di un processo di *empowerment* dei consumatori è quella di rafforzare le opportunità di informazione per gli assicurati e i pazienti. Il fattore chiave è l'aumento della trasparenza relativamente ai servizi e ai costi. Inoltre, è stata finalmente nominata una rappresentanza dei pazienti con l'intenzione di sviluppare una carta dei diritti dei pazienti stessi. Si assume che i trattamenti richiedono necessariamente una partecipazione dei pazienti. Peraltro si ha consapevolezza che difficilmente si può ottenere un paritario livello di informazione. C'è sempre un qualche grado di asimmetria informativa tra

pazienti e medici, pur se la trasparenza viene migliorata considerevolmente. Non di meno, il consumatore può essere considerato la forza trainante di ogni tipo di cambiamento istituzionale (nel senso dell'integrazione), in particolare modo nella misura in cui è coinvolto finanziariamente in modo crescente, per cui diventa più interessato a verificare cosa riceve in cambio dei pagamenti effettuati.

I seguenti elementi sono parte della Legge sulla Modernizzazione dell'Assistenza Sanitaria (*Gesundheitsmodernisierungsgesetz*) e vanno nella direzione di rafforzare il ruolo del consumatore:

- i pazienti possono ricevere una ricevuta dopo la visita o trimestralmente;
- dall'inizio del 2006 verrà utilizzata una tessera sanitaria elettronica, contenente i dati dell'assicurato, i dati per stampare le prescrizioni elettroniche e, in modo opzionale, informazioni cliniche;
- i fondi malattia possono offrire *bonus*[2] per i pazienti cronici che si sottopongono a esami preventivi o che si iscrivono a programmi che prevedono un *gatekeeper*. Questi programmi possono essere progettati dai singoli fondi malattia;
- la situazione finanziaria e le spese dei fondi malattia diverranno più trasparenti.Le spese per l'amministrazione, le risorse umane, i costi ospedalieri, i salari, etc. saranno divulgate;
- i pazienti parteciperanno a tutte le commissioni (gruppi di auto-aiuto,associazioni, ...);
- è stata nominata una rappresentanza/patrocinio dei pazienti. L'intenzione è che promuova la creazione di una carta dei diritti dei pazienti e anche il meccanismo di partecipazione, mediante la rappresentazione degli interessi dei pazienti stessi.

15.3.2 Qualità

L'obiettivo è quello di aumentare la qualità delle cure, incrementando la collaborazione coordinata tra i vari settori del sistema di assistenza sanitaria. L'intenzione non è solo quella di implementare un sistema di assicurazione della qualità (*quality assurance*), ma anche quello di pubblicare dati sulla qualità e renderli accessibili al pubblico in modo da permettere scelte più consapevoli.

Strettamente correlato a questo argomento è quello della fissazione, per alcune prestazioni, di un volume minimo erogato, introdotto nell'ambito della legislazione sui DRG (*Diagnosis Related Groups*), che ha un impatto anche sulla qualità dell'assistenza sanitaria, in quanto per alcune procedure si registrano significativi effetti di apprendimento quando eseguite in volumi rilevanti. In questo contesto la tecnologia può essere vista come un fattore addizionale di qualità ed efficienza.

I fattori seguenti, contenuti nella Legge sulla Modernizzazione dell'Assistenza Sanitaria (*Gesundheitsmodernisierungsgesetz*), sono finalizzati ad aumentare la qualità di cura:

- I fondi malattia debbono offrire almeno uno schema con *gatekeeper*. Il *gatekeeper* monitora il complesso di cure erogate e l'adozione di tale modello può essere accompagnata da un sistema di *bonus*;
- agli ospedali è permesso di provvedere a fornire assistenza specialistica ambulatoriale

[2] *NdT: Rimborsi del premio*

(*medical clinics*). Questo è di particolare rilevanza per i pazienti cronici, che altrimenti sono costretti a passare continuamente dagli ambulatori alle strutture di ricovero;
- l'istituzione di *medical clinics* permette a medici, terapisti e alle altre professioni sanitarie di collaborare strettamente al fine di coordinare le prescrizioni ed evitare ridondanze;
- i medici saranno spinti a erogare assistenza di qualità in quanto diverrà obbligatoria una gestione interna della qualità e le associazioni professionali dei medici effettueranno su questi aspetti un *auditing*. L'"educazione continua" diverrà obbligatoria e deve essere indipendente da interessi finanziari di terze parti. Ai medici che non provano il proprio aggiornamento verranno diminuite le tariffe;
- verrà creato l'istituto per la Qualità e l'Efficienza nell'Assistenza Sanitaria (simile al NICE nel Regno Unito). Si tratta di un'istituzione indipendente, deputata ad analizzare i trattamenti medici e i benefici dei farmaci. L'intenzione è quella di sviluppare linee guida e creare maggiore trasparenza dei prontuari. Inoltre, le raccomandazioni dovranno essere descritte in termini meno formali al fine di permettere a tutti di farsi un'idea dei benefici dei trattamenti.

15.3.3 Efficienza

La Germania è al terzo posto nelle spesa sanitaria, ma la qualità dell'assistenza è considerata mediocre. Per esempio, l'aspettativa di vita è più alta in molti Paesi Ocse che registrano minore spesa sanitaria; anche il livello di soddisfazione per il sistema di assistenza sanitaria è mediocre. Lo iato tra spesa sanitaria e qualità percepita è principalmente attribuibile alla frammentazione del sistema sanitario tedesco. Di conseguenza deve essere aumentato lo scambio coordinato di informazioni.
L'obiettivo dell'efficienza deve essere inteso nel senso della capacità di limitare la domanda infinita di alta qualità, agendo inoltre come una condizione collaterale al fine del mantenimento di un livello di qualità ragionevole. La legge sulla Modernizzazione dell'Assistenza Sanitaria (*Gesundheitsmodernisierungsgesetz*) crea incentivi per promuovere la salute e la consapevolezza dei costi. Di conseguenza la competizione viene incrementata e le strutture produttive ed efficienti sono premiate. Di nuovo, la tecnologia può essere vista come un *driver* per la qualità e l'efficienza.
Gli elementi seguenti della legge sulla Modernizzazione dell'Assistenza Sanitaria (*Gesundheitsmodernisierungsgesetz*) sono finalizzati all'incremento dell'efficienza interna del sistema, sebbene essi possono talvolta avere anche un impatto sulla qualità dell'assistenza sanitaria:
- nuovi prezzi sono stati fissati per i farmaci. Solo le vere innovazioni saranno premiate, prudentemente solo dopo che i benefici terapeutici siano stati provati;
- essendo l'economicità una priorità, nuovi margini per i farmacisti sono stati fissati. Ora i farmacisti ricevono una quota per ogni confezione prescritta, indipendentemente dalle dimensioni della confezione. Non ci sono più incentivi a raccomandare confezioni grandi e ne potrebbe risultare una migliore prescrizione;
- la determinazione dei prezzi, per i farmaci non soggetti a obbligo di prescrizione sarà deregolato e lasciato alla discrezione dei farmacisti e della competizione di mercato;
- diventano legali le farmacie *on-line*;
- le strutture delle associazioni professionali dei medici e dei fondi malattia diventeranno meno burocratiche, grazie ad una riorganizzazione obbligatoria e alla loro fusione. Inoltre

Tabella 1 - Modifiche delle compartecipazioni nell'assicurazione obbligatoria malattia

Cosa cambia	Come cambia	Esenzioni	Note
Visite mediche	Euro 10 per trimestre	• Contatti nello stesso trimestre non sono soggetti a pagamento • Le visite per prevenzione sono esenti	Il pagamento di Euro 10 è indipendente di quante volte il medico visita il paziente nello stesso trimestre
Farmaci	Compartecipazione del 10% del prezzo, con un minimo di Euro 5 e un massimo pari al più piccolo fra Euro 10 e il prezzo del farmaco		• Se il prezzo di un farmaco è sotto Euro 5, esso è a totale carico del paziente • I farmaci non soggetti a prescrizione non sono più rimborsati di fondi malattia, a meno che non sono usati per trattare malattie gravi (Linee guida OTC del 16 Marzo 2004)

ci sarà solo un comitato federale per i medici, per i fondi malattia, per i dentisti e per la rappresentanza dei pazienti, invece che singole istituzioni[3];
- le associazioni dei fondi malattia e i fondi stessi saranno obbligati a creare dipartimenti di lotta alla corruzione;
- i costi amministrativi dell'assicurazione obbligatoria malattia saranno limitati. Nel 2002 i costi amministrativi dello SHI erano pari a Euro 8 Miliardi, ovvero Euro 157 pro-capite, pari al 5,6% dei costi totali. A questi costi, per il futuro, sarà posto un massimale, che scatta se il costo amministrativo pro-capite del fondo dovesse superare il valore medio di oltre il 10,0%;
- vengono introdotte compartecipazioni alla spesa, come indicato nella Tabella 1 (sono riportate solo le compartecipazioni principali).

In aggiunta, alcuni limiti ed esenzioni sono state stabilite:

[3] *La Commissione Federale congiunta è stata pensata come una nuova struttura, che ora include tutte le pre-esistenti e separate commissioni federali dei medici, dentisti, fondi malattia, il comitato ospedaliero e quello di coordinamento.La sua principale funzione è la quality assurance e la istituzione dell'Istituto per la Qualità e l'Efficienza dell'assistenza sanitaria. Oltre a ciò la Commissione federale è deputata a razionare l'erogazione dei servizi e misurare l'eventuale carenza di efficienza economica e/o clinica.*

- il totale annuo delle compartecipazioni non deve superare il 2% del reddito lordo;
- il limite è ridotto all'1,0% per i pazienti cronici;
- non sono previste compartecipazioni per i bambini di età inferiore ai 18 anni;
- per i beneficiari di prestazioni della sicurezza sociale, il reddito lordo del capofamiglia è utilizzato come base per i calcoli;
- i fondi malattia sono autorizzati a ridurre o anche eliminare le compartecipazioni (o ridurre i premi) se gli assicurati partecipino attivamente a misure preventive. Questo si applica anche al caso in cui gli assicurati partecipano a programmi che prevedono un *gatekeeper*, o programmi di *disease management*, o sottoscrivono forme di offerta integrata.

15.4 Effetti sul mercato dell'assistenza sanitaria e le reazioni degli *stakeholder*

I primi dati sugli effetti della legge sulla Modernizzazione dell'Assistenza Sanitaria (*Gesundheitsmodernisierungsgesetz*) sono appena stati pubblicati a cura del Ministero Tedesco per la Sanità e la Sicurezza Sociale. Dopo appena 5 mesi dalla riforma sanitaria è però presto per giudicare i cambiamenti strutturali nel lungo periodo. Non di meno, ci sono opportunità a lungo termine e sfide che hanno un significativo impatto su qualità, efficienza e trasparenza dell'offerta di assistenza sanitaria. Perciò una panoramica degli effetti a breve termine verrà premessa, prima di analizzare in dettaglio le opportunità di lungo periodo.

15.4.1 I principali effetti a breve termine emersi sino a maggio 2004

Gli effetti di breve termine possono essere raggruppati nelle seguenti categorie:

- effetti sui costi diretti;
- effetti sulla qualità;
- trasparenza;
- effetti complessivi che mettono in relazione elementi di costo e di qualità.

15.4.1.1 Effetti sui costi diretti

Alcuni fondi malattia hanno diminuito i loro tassi di contribuzione già a gennaio 2004, altri li hanno ridotti da aprile o maggio. Questo implica che, dopo pochi mesi dalla riforma sanitaria, il 38,0% dei 70 milioni di persone obbligatoriamente assicurate beneficia di minori contribuzioni. Il tasso medio di contribuzione, che senza riforma sanitaria sarebbe cresciuto per effetto di un deficit a fine anno 2003 pari a Euro 2,9 miliardi, è diminuito dal 14,32% al 14,27%. Nel corso dell'anno 2004 l'aspettativa è di scendere sotto il 14,0%. Non di meno c'è una pressione politica verso una ulteriore riduzione delle contribuzioni. Questo è visto come un elemento fortemente critico dai fondi malattia e dagli altri decisori in campo sanitario, perché:

- i fondi malattia devono anche ridurre la quota di debito creatasi nell'ultimo anno;
- rimane da vedere se i risparmi continueranno a crescere (su questo è ovviamente troppo presto per esprimere giudizi).

Secondo il Ministro Federale per la Salute e la Sicurezza Sociale i fondi malattia in Germania hanno generato un surplus di circa Euro 1 mld. nel primo trimestre 2004, in confronto a una perdita di Euro 0,6 mld. nello stesso periodo del 2003. In particolare, la spesa farma-

ceutica è diminuita del 15,4% (Euro 0,9 Miliardi) nel primo trimestre 2004. Ad esempio, la spesa in gennaio e febbraio 2004 è diminuita del 25,0% rispetto all'anno precedente. Di nuovo emerge la questione se la riduzione di costo continuerà a persistere. Per effetto del fatto che la riforma sanitaria era attesa dagli attori del sistema, un'alta percentuale delle spese è stata infatti spostata su dicembre 2003 (prima che la riforma fosse effettiva).
Secondo le stime dell'associazione federale dei medici dello SHI, le visite mediche sono diminuite del 5-8% in gennaio e del 3-4% in febbraio. I dati di gennaio potrebbero essere l'effetto del fatto che molti assicurati si sono recati dai propri medici in dicembre per evitare la compartecipazione introdotta da gennaio. Comunque si evidenzia un trend decrescente. Sebbene inizialmente ci sia stata una resistenza da parte dei medici, l'introduzione delle compartecipazioni per le visite mediche è stata accettata senza problemi, come testimonia un'indagine nella quale l'88,0% dei medici dichiara che l'implementazione organizzativa della riforma è andata "bene" o "molto bene". Ancora il rischio di esazione è stato meno severo di quanto si aspettasse: soltanto ca. allo 0,1% di tutti i pazienti è stato necessario ricordare il pagamento. Non di meno permane lo scetticismo a riguardo del modello con *gatekeeper* nel mercato tedesco. Un recente studio di Wasem, Greß and Hessel (2003) analizza tale approccio in Germania e a livello internazionale, non trovando evidenza del fatto che tale modello ridurrebbe i costi nel lungo periodo.

15.4.1.2 Effetti sulla qualità

Nel febbraio 2004, 214.000 assicurati hanno sottoscritto un programma di *disease management*, dove 4.070 sono stati arruolati in un programma di prevenzione del cancro al polmone e 210.000 parteciperanno ad un programma sul diabete di tipo 2. Il fabbisogno è stato definito per quattro patologie:
- diabete mellito di tipo 2;
- cancro al polmone;
- malattie cardiovascolari;
- diabete mellito di tipo 1.

In più, sono stati sviluppati da un comitato della Commissione Federale i requisiti per i programmi di *disease management* per l'asma e la COPD (Patologia polmonare cronico ostruttiva). Le raccomandazioni saranno probabilmente divulgate nella seconda metà del 2004.

15.4.1.3 Trasparenza

La struttura della tessera sanitaria elettronica è stata pubblicata il 22 marzo 2004. L'utilizzo del modello nelle Regioni è cominciato nell'ottobre 2004. Dodici Stati si sono proposti per la fase di prova.
L'uso nazionale della tessera sanitaria elettronica dovrebbe iniziare nel 2006. Peraltro, è considerato difficile che si raggiunga un accordo sui dettagli dell'implementazione, perché c'è un contrasto sulle responsabilità tra il ministro e i lobbisti. Sarà necessario riconciliare i differenti interessi degli *stakeholders*. Non di meno, una *task force,* che è stata creata al fine di preparare l'introduzione del record clinico, enfatizza come il processo di erogazione dell'assistenza sanitaria deve essere prioritariamente definito per poter raggiungere gli obiettivi di qualità ed efficienza mediante una tessera sanitaria elettronica. Rimane da vedere se con il

tempo si potrà raggiungere un accordo.
Il 2 gennaio 2004 la rappresentanza dei pazienti è stata nominata. Ogni cittadino o paziente ha la opportunità di rivolgersi alla rappresentanza per dar voce a critiche o esprimere dissenso. Per la prima volta nella storia, la rappresentanza dei pazienti è parte della Commissione Federale. Nel contesto del rafforzamento della rappresentatività dei pazienti, alcune organizzazioni quali il consiglio tedesco dei disabili e tre altre associazioni sono state nominate in seno alla Commissione Federale.
I Direttori Esecutivi dei fondi malattia (i 17 fondi regionali generali, gli 11 fondi sostitutivi, 19 dei 20 fondi malattie delle gilde, quelli dei minatori e dei marittimi e 114 dei 229 fondi aziendali) oltre a quelli delle associazioni dei medici e dentisti hanno reso pubblici i loro salari al fine di garantire maggiore trasparenza. La pubblicazione riguarda i salari annui inclusi emolumenti e benefici pensionistici.

15.4.1.4 Effetti complessivi

Quando la legge sulla Modernizzazione dell'Assistenza Sanitaria (*Gesundheitsmodernisierungsgesetz*) è andata in vigore la Commissione Federale ha nominato un giurista incaricandolo di promuovere l'istituzione dell'Istituto per la Qualità e l'Efficienza dell'Assistenza Sanitaria. Egli ha scritto lo statuto per la fondazione *in fieri* "Institute for Quality and Efficiency in Health Care", in collaborazione con la rappresentanza della Commissione Federale, che è stato approvato il 16 marzo 2004. Questi avanzamenti possono esser visti come il primo passo verso la creazione dell'Istituto.
Avere scelto la fondazione come forma legale implica che l'Istituto sarà capace di agire in modo indipendente, sulla base di ragionamenti economici e accademici. Alla rappresentanza dei pazienti è stato dato il diritto di fare dichiarazioni nelle udienze in cui l'Istituto affronta raccomandazioni che riguardano interessi dei pazienti. Il posto di direttore dell'Istituto è strato bandito e la selezione è in corso. Ci si aspetta che l'Istituto inizi ad operare per giugno/luglio 2004.

15.4.2 Opportunità di lungo periodo

Esistono significative opportunità nel lungo termine derivanti dalla legge sulla Modernizzazione dell'Assistenza Sanitaria (*Gesundheitsmodernisierungsgesetz*) che iniziano ad emergere, ma ancora solo *in nuce*. Esse non avranno un impatto di breve periodo, in quanto richiedono cambiamenti possibili solo nel lungo periodo. Esse includono i seguenti sviluppi in ordine crescente di importanza:
- lo sviluppo della competizione;
- l'opportunità per i medici di effettuare attività ambulatoriale specialistica;
- l'offerta di assistenza ambulatoriale negli ospedali e la possibilità per questi ultimi di attivare le *medical clinics*;
- l'erogazione di assistenza sanitaria integrata (inclusi nuovi schemi di incentive per i medici);
- permettere la competizione può essere considerato il primo passo verso i cambiamenti strutturali e l'integrazione dell'offerta.

15.4.2.1 L'inizio della competizione

La competizione si sta rinvigorendo in quanto sono cresciute le opportunità per incrementare la differenziazione e le restrizioni politiche sono in larga misura abolite.
I fondi malattia sono autorizzati a premiare gli assicurati per i loro comportamenti salutari. Possono utilizzare modelli di *bonus* per gli assicurati che si impegnano alla regolare utilizzazione di servizi per la diagnosi precoce delle malattie o per la prevenzione primaria. Le coperture con *bonus* sono opzionali e ancora non molti fondi le offrono.
I fondi malattia sono autorizzati a ridurre le compartecipazioni per gli assicurati che accettano un *gatekeeper*, o di partecipare a programmi di *disease management*, o che prevedono l'offerta integrata di assistenza sanitaria. I fondi malattia possono inoltre offrire coperture addizionali, deducibilità e rimborso dei premi. Come conseguenza di ciò, i fondi malattia hanno un insieme di opportunità per definire la propria immagine nel contesto competitivo, offrendo ai propri clienti soluzioni individuali "su misura".
Un esempio è la *Techniker Krankenkasse* (il fondo malattia per tecnici) che offre la seguente copertura dal 1° gennaio 2004:

- un *bonus* per comportamenti salutari;
- un *bonus* per comportamenti salutari ai partecipanti a programmi di *disease management*;
- un *bonus* per i partecipanti a programmi di assistenza sanitaria integrata;
- negoziazione di assicurazioni private addizionali;
- rimborsi per gli iscritti assicurati volontariamente[4].

15.4.2.2 La creazione della *Medical Clinics*

Il paragrafo 95 del V capitolo del SGB (*Sozialgesetzbuch*, ovvero il codice del *welfare* sociale) permette la formazione di organizzazioni interdisciplinari, guidate da un medico, delle quali i medici possono sia essere dipendenti che *partner* a contratto. Queste istituzioni migliorano la connessione tra cure primarie e specialistiche, mediche e non-mediche (o degli infermieri, terapisti e altre professioni sanitarie), tra assistenza in regime di ricovero (*inpatient*) e ambulatoriale (*outpatient*) (per esempio l'istituzione di una *medical clinic* in ospedale).
Si stanno portando avanti significative attività al fine di implementare le attività specialistiche in ospedale, però non ci sono ancora autorizzazioni.

15.4.2.3 L'erogazione dell'assistenza ambulatoriale in ospedale

Secondo il paragrafo 116b del capitolo V del SGB gli ospedali possono negoziare l'offerta di servizi ambulatoriali con i fondi malattia, se questi ultimi partecipano a programmi di *disease management*. Il rimborso per questi servizi è in più rispetto al *budget* dell'ospedale e costituisce una fonte addizionale di ricavo. Questi contratti sono di grande importanza per gli ospedali, ad esempio per coloro che assistono pazienti con cancro al polmone, in particolare se l'ospedale è un centro di eccellenza all'interno del programma. Ancora, il ventaglio di servizi ambulatoriali offerti dagli ospedali saranno estesi, permettendo agli ospedali di erogare servizi altamente specializzati in regime diurno (*outpatient*). Su questo si è convenuto nella Commissione Federale solo recentemente.

[4] *Quei membri che possono scegliere di essere assicurati privatamente in quanto i loro redditi lordi eccedono*

Inoltre, gli ospedali possono ora istituire *medical clinics* (come descritte sopra) al fine di offrire assistenza ambulatoriale. Infine, vengono estese le possibilità per gli ospedali di partecipare all'offerta di assistenza sanitaria integrata. I primi contratti sono stati siglati.

15.4.2.4 L'offerta di assistenza sanitaria integrata

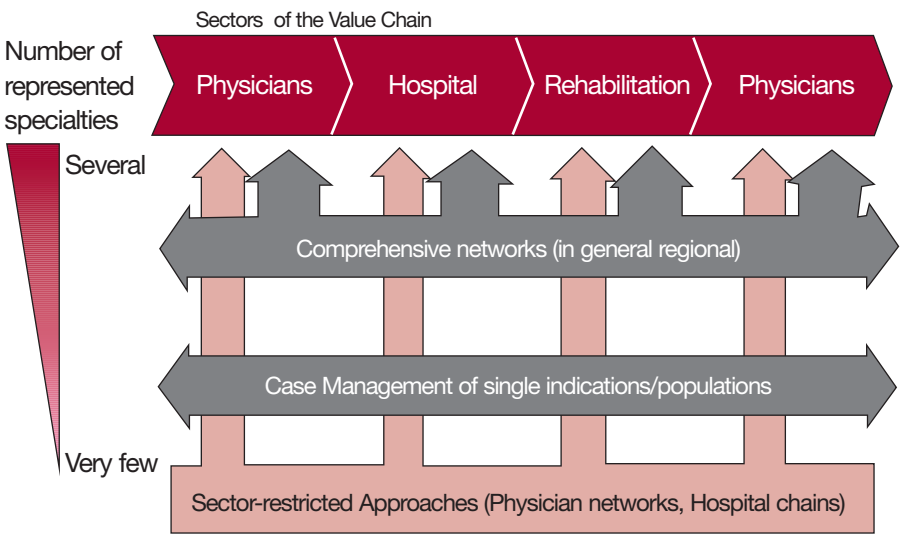
Secondo il paragrafo 140 del capitolo V del SGB l'offerta di assistenza integrata è una cooperazione mirata di erogatori di assistenza sanitaria (ospedali, medici, *medical clinics*) organizzativamente e finanziariamente indipendenti, trasversale rispetto ai settori di offerta assistenziale, che prende in considerazione i bisogni dei pazienti. L'offerta integrata di assistenza sanitaria è finalizzata a superare l'era della frammentazione, distribuendo la responsabilità clinica ed economica fra i settori. Questo è di particolare importanza nella gestione delle malattie croniche.

Le condizioni per l'offerta integrata stabilite nella legislazione comprendono i seguenti principali elementi:

- non c'è un tipo fissato di contratto;
- fino all'1,0% (pari approssimativamente a Euro 680 mil. annui) del *budget* totale dei fondi malattia saranno accantonati per lo sviluppo dell'assistenza integrata e sarà pagato agli ospedali e medici se potranno provare la partecipazione a programmi di offerta integrata (2004 fino al 2006);
- ai pazienti partecipanti a tali tipi di programmi possono essere ridotte le compartecipazioni o possono essere pagati *bonus*.

Per effetto di una regolazione meno burocratica e del piano triennale di *start-up*, il finanziamento dell'offerta integrata di assistenza sanitaria è uscito dal letargo. Alcuni fondi malattia

Figura 2 - I possibili approcci all'offerta assistenziale integrata



hanno già convenuto di concedere *bonus* ai propri clienti se accettano di parteciparvi. Negoziazioni intense e ampie fra settori sono in movimento, spaziando da approcci *population-based* ai piani *indication-based* come è mostrato nella Figura 2. Le principali aree di applicazione dell'assistenza integrata sono le malattie cardiovascolari e quelle croniche.
Attualmente in Germania esistono circa 20-30 contratti con un approccio riconducibile all'offerta assistenziale integrata, però la maggioranza di essi non copre tutti i settori di offerta e molto spesso si limitano a coprire solo specifiche malattie. Soltanto pochissimi sistemi si assumono tutti i rischi e la gestione dell'intero budget per una regione, rappresentando dei cosiddetti *total budget approaches*.

15.5 Discussione - Le sfide della Legge sulla Modernizzazione dell'Assistenza Sanitaria (*Gesundheitsmodernisierungsgesetz*)

Come mostrato nella Figura 1, gli approcci basati sull'offerta integrata di assistenza devono provare la loro superiorità nel meccanismo competitivo, affinché possano sopravvivere al processo di selezione e passare alla fase della negoziazione cooperativa con altri *partner*. Sebbene la legge sulla Modernizzazione dell'Assistenza Sanitaria (*Gesundheitsmodernisierungsgesetz*) offra opportunità per i sistemi di erogazione senza discontinuità in una cornice di offerta integrata dell'assistenza, ci sono ostacoli che impediscono cambi strutturali rapidi. C'è il pericolo che l'incentivo finanziario dell'1,0% dei pagamenti dai fondi malattia che sarà trattenuto e pagato soltanto ai fornitori di assistenza integrata, porterà tutti a buttarsi sui contratti integrati, senza valutarne le conseguenze e senza porre attenzione alla definizione dei contratti stessi. Questi contratti *quick and dirty* saranno carenti di sofisticazione e non contribuiranno all'ulteriore sviluppo dell'offerta assistenziale integrata. Essi piuttosto impediranno tale sviluppo perché i *partner* saranno legati ai contratti conclusi ed è improbabile che essi saranno a breve scambiati con contratti più sofisticati.
Inoltre, è insufficiente focalizzarsi sull'incentivo dell'1,0%. L'istituzione di un sistema di assistenza integrata richiede molti più investimenti (di capitale e umani) affinché possa sostenersi nel lungo periodo. In più, l'incentivo dell'1% esisterà solo fino al 2006. La domanda legittima è cosa sarà dell'assistenza integrata dal 2007. Da una parte, questa prospettiva di breve termine rende gli attori del mercato insicuri relativamente alla valenza dell'assistenza integrata, ma da un altro punto di vista implica l'aspettativa che nel lungo periodo si abbia un risultato (positivo) senza considerare l'incentivo dell'1,0%. Piuttosto, richiede una particolare attenzione il restante 99,0% del *budget*, a come possa essere riorganizzato e riposizionato.
Se la riorganizzazione del 99,0% non è accompagnata da alcuna riduzione di costi, l'impresa non può in generale essere considerata promettente.
Ancora, un certa dimensione è necessaria sia rispetto ai fondi, sia alle teste alle quali è erogata l'assistenza. Questo è di particolare importanza al fine di valutare i rischi assunti dal sistema integrato di assistenza. Mentre l'innovazione medica pone una sfida finanziaria permanente al sistema, i rischi di morbilità della popolazione iscritta possono essere ridotti se la platea aumenta. Questo aumenta di significato se il sistema di offerta integrata si assume la totale responsabilità di copertura. Inoltre, siccome gli erogatori temono il *dumping* sui prezzi, nel meccanismo competitivo essi si focalizzano sui costi per raccogliere iscritti. D'altronde, in un approccio di lungo termine all'integrazione dell'offerta, la qualità deve essere considerata un vantag-

gio competitivo, in quanto è uno strumento molto flessibile di riorganizzazione e miglioramento dell'assistenza. In più, essa offre l'opportunità di implementare procedure di decisione tecnocratiche e quindi sviluppare *standard* assistenziali. In questo caso qualità ed efficienza diventano complementari, in quanto il miglioramento della qualità o degli indicatori di qualità molto spesso si trasla in un miglioramento dell'efficienza.
Infine, un sistema di offerta integrato richiede capacità appartenenti a tre dimensioni:

- Contrattazione
  -Analisi
  -Negoziazione
  -Definizione dei contratti
  -Esecuzione
- Clinica
  -L'abilità di interagire
  -Competenza psico-sociale
  -Interfacciamento e management della qualità
  -*Case management*
- Management
  -Organizzazione
  -Pianificazione
  -Contabilità e controllo
  -Risorse Umane

La condizione necessaria affinché queste capacità si coniughino, migliorando la qualità e l'efficienza, è una cultura comune basata sulla fiducia fra i *partners* coinvolti nel sistema integrato di offerta. L'introduzione di una tessera elettronica sanitaria facilita la creazione e l'ulteriore sviluppo di una cultura condivisa ed è anche coerente con la domanda di maggiore trasparenza da parte dei consumatori.

Chapter 15

Health Care Modernization Act. Short-term Effects and Long-term Challenges for Health Care

Janus K. [1]

15.1 Introduction

Similar to other industrial countries Germany faces demographic and cultural issues, such as an aging population, a changing work ethic, and an increasingly culturally diverse marketplace. While there were 3,8 members of the working population per retiree in 2001, this relation is expected to amount to 1,7 in 2050. In addition, technological advances affect few industries more dramatically than they do health care. It is these technological forces that can change the viability of any service. For example, until the 1950s the treatment of polio victims constituted a major revenue stream for many hospital facilities. This disease was all but eliminated by the technological achievement of the Salk vaccine in the 1950s. In combination with demographic and cultural issues technological advances have a significant impact on the *efficiency* and the *quality* of health care, putting these overriding aspirations in health care in a sometimes competitive relationship.

The Health Care Modernization Act which became effective at the beginning of 2004 as a non-partisan legislative approach is designed to lower labour costs in Germany by reducing the percentage of health insurance contribution that is deducted from gross salaries. This implies that private households will take on a larger percentage of health care costs and become more responsible for their health care. The Act explicitly recognizes that health care consumers are entitled to have a say in health care delivery. The *empowerment* on the consumer side is accompanied by incentives for changes on the institutional side. An emphasis is put on integrating the highly fragmented sectors of health care delivery in Germany in order to enhance the – sometimes conflicting – goals efficiency and quality in health care.

This paper reviews the major issues of the Health Care Modernization Act – consumer empowerment, efficiency and quality – and analyzes their short and long-term implications for the health care market and the stakeholders' response. An emphasis is put in particular on the structural and institutional changes intended by the act. A discussion finally summarizes the main issues and outlines future challenges.

15.2 The Evolution of the Health Care Modernization Act and its Objectives

The volume of the Statutory Health Insurance (SHI) amounts to 140 billion Euro, however, there

[4] *University of Bonn.*

is over-, under- and misprovision of health care which is attributed to insufficient coordination of health care services. In 2003 the SHI system was considered to be not anymore financially viable and negotiations on health reform were initiated. The Health Care Modernization Act has been negotiated as a non-partisan draft and became effective January 1, 2004. It follows the recommendations of the Advisory Council of the Concerted Action in Health Care.
On June 21/22, 2003, Chancellor Schröder and opposition leader Merkel agreed on working on a joint approach which started July 4, 2003 and finally let to a non-partisan solution called the Health Care Modernization Act (*Gesundheitsmodernisierungsgesetz*) negotiated by health minister Schmidt and former health minister Seehofer (member of the opposition). The political objective was to decrease the percentage of SHI contribution to below than 13% on average. This percentage amounted to almost 15% at the end of 2003. Furthermore, the impact objective was to enhance productivity of the German health care system in general.
This goal setting implied that the private sector would become more involved and take on more responsibility for public goods, however, the government would still create the framework and enforce regulations in order to make private households act in accordance with overriding social objectives. Similar to other European countries German politicians attempted to implement less political and more technocratic decision processes (e.g., evidence-based cost-effectiveness evaluations) and let competition rule wherever and whenever possible in order to allow for organizational and institutional optimization. This necessarily entails the strengthening of the role of the consumer and less regulatory interference.

15.3 Main Issues of Health Care Reform

The reform issues are aimed at achieving certain objectives and can be categorized into three subgroups:

- Patient empowerment as an overriding principle;
- Health care quality;
- Efficiency in health care.

While patient empowerment can be thought to be complementary to both health care quality and efficiency, health care quality and efficiency can be competing objectives in many cases. However, the "tension" between these two conflicting goals can be beneficial for the further development of the health care market. Considering patient empowerment to be the long-term driver behind structural changes in health care delivery, the conflicting objectives of quality improvement and efficiency enhancement involve institutional changes in the long-term. The author suggests a three step process *as shown in the following figure*. The objective to enhance quality and efficiency at the same time leads to competitive selection processes in the first place. Only those providers are able to survive which are able to demonstrate efficiency while simultaneously providing high quality care. In the second stage the providers left after the selection process coordinate their activities and adjust if necessary. Finally, long-term structural changes develop in the third stage – following the maxim of quality and efficiency.
At first, it will be looked at the objectives of the Health Care Modernization Act before their short and long-term effects are analyzed in more detail.

15.3.1 The Empowerment of the Consumer and the Establishment of a Patient Representative

The underlying idea for achieving an empowered consumer is to strengthen the opportunities of information for insureds and patients. The key is to improve transparency with respect to services and costs. In addition, a patient representative has been appointed with the intention to finally develop a patient bill of rights. It is assumed that treatment necessarily involves participation of the patient. However, it has to be conceded that an equal status of information is unlikely to be achieved. There will always be a certain degree of asymmetric information between patients and physicians even if transparency is improved considerably. Nevertheless, the consumer can be seen as the driver behind any kind of institutional change (integration), in particular as he is increasingly involved financially and therefore becomes more interested in what he receives for his payments.

The following elements are part of the Health Care Modernization Act and will strengthen the role of the consumer:

- Patients may receive a receipt after their visit or per quarter year;
- An electronic health record will be used beginning in 2006. It contains the data of the insured, data for printing electronic prescriptions and medical information on an optional basis;
- Sickness funds can set up bonus programs for chronically ill patients, for using preventive exams and for taking part in gatekeeper programs. These can be individually designed by each sickness fund;
- The financial standing and expenditures of sickness funds will become more transparent. Expenditures for administration/human resources, hospital costs, salaries etc. will be disclosed;
- Patients will participate in all committees (self-help groups, associations);
- A patient representative/advocate has been appointed. It is intended that the patient representative fosters the creation of a patient bill of rights and the participation of patients by representing the patients' interests.

15.3.2 Quality

The objective is to improve quality of care by enhancing coordinated collaboration among the sectors of the health care system. The intention is not only to implement a system of quality assurance, but also to publish quality data and make it accessible to the public in order to allow for more informed choices.

Closely related to this issue is the setting of minimum volumes for certain procedures which has been introduced as a part of the DRG (Diagnosis Related Groups) legislation, but also has an impact on health care quality as there are significant learning effects for certain procedures if performed in high volumes. In this case technology can be considered an additional driver for quality and efficiency.

The following elements are part of the Health Care Modernization Act and aim at enhancing quality of care:

- Sickness funds have to offer a gatekeeper model. The gatekeeper oversees all care delivered and the use of a gatekeeper model can be connected to a bonus system;
- Hospitals are allowed to provide outpatient specialized care. This is of particular relevance

for chronically ill patients who otherwise always switch between ambulatory and inpatient care givers;
- The establishment of medical clinics allows physicians, therapists, and other care providers to collaborate closely in order to coordinate prescriptions and avoid redundancies;
- Physicians will be put under pressure to deliver quality care as internal quality management becomes mandatory and the association of statutory physicians executes a quality auditing. Continuous further education becomes mandatory and has to be free of financial interests of a third party. If further education is not proved reimbursement will be reduced;
- The Institute for Quality and Efficiency in Health Care (similar to the British NICE) will be established. It is an independent institution that analyzes medical treatments and the benefits of pharmaceuticals. The intention is to develop guidelines and create more transparency with respect to formularies. Also, recommendations should be described in less formal terms in order to allow the general public to get an idea of beneficial treatments.

15.3.3 Efficiency

Germany is ranked third with respect to health care expenditures, however, health care quality is considered to be mediocre. For example, life expectancy is higher in many OECD countries featuring lower health care expenditures and satisfaction with the German health care system is mediocre as well. The misfit between health care expenditures and perceived quality is mainly attributed to the fragmentation of the German health care system. Therefore, a coordinated exchange of information should be enhanced.

Efficiency as an objective is intended to restrict the infinite demand for high quality and acts as a side condition to keep quality affordable. The Health Care Modernization Act creates incentives to foster health and cost consciousness on all sides. As a consequence, competition is enhanced and productive and efficient structures are enabled. Again, technology can be seen as a driver for quality and efficiency.

The following elements are part of the Health Care Modernization Act and aim at enhancing efficiency within the system although they sometimes also have an impact on health care quality:
- New fixed prices are set up for pharmaceuticals. Only real innovations will be rewarded price wise after the therapeutic benefit has been proved;
- As economicalness is a priority, new royalties for pharmacists are set up. Independent of package size the pharmacist now gets a certain royalty per package for each prescription. There is no incentive anymore to recommend a larger package and better consultation might result;
- Pricing for non-prescriptives will be deregulated and will be left at the disposal of the pharmacist and market competition;
- Mail-order pharmacies become legal;
- The structures of the associations of statutory physicians and of the associations of sickness funds will become less bureaucratic due to mandatory reorganization and merging. In addition, there will be only one Federal Committee[2] of physicians, sickness funds, dentists and patients' rights representatives instead of several single institutions;
- The associations of sickness funds and sickness funds themselves will be obliged to establish departments to fight corruption;

- Administrative costs of the statutory health insurance will be limited. In 2002 administrative costs of the SHI amounted to 8 billion Euro or 157 Euro per member or 5,6% of total costs. These costs will be capped in the future if the administrative costs of a sickness fund per member are more than 10% above average;
- Copayments are introduced according to the following Table 1 (only major copayments are listed).

In addition, certain limits and exceptions of copayments have been established:

- The total of annual copayments should not amount to more than 2,0% of gross income;
- This limit is 1,0% of gross income for chronically ill patients;
- There are no copayments for children below the age of 18;
- For social security beneficiaries the gross income of the householder is taken as a basis for calculation;
- Sickness funds are enabled to reduce or even waive copayments (or reduce premiums) if insureds actively participate in preventive measures. This also applies if insureds take part in gatekeeper models, disease management programs or subscribe to integrated health care delivery.

15.4 Effects on the Health Care Market and the Stakeholders' Response

The first visible effects of the Health Care Modernization Act have just been published by the German federal ministry for health and social security. However, after just five months of health reform it is too early to judge long-term structural changes. Nevertheless, there are long-term opportunities and challenges which will have a significant impact on quality, efficiency and transparency in health care delivery. Therefore, an overview of the short-term effects will be given first before long-term opportunities are analyzed in more detail.

15.4.1 Major Short-term Effects as of May 2004

Short-term effects can be grouped according to the following issues:

- Direct cost effects;
- Quality effects;
- Transparency and comprehensive effects that relate to cost and quality issues.

15.4.1.1 Direct Cost Effects

Some sickness funds decreased their contribution rates already January 1, 2004, others reduced their rates as of April 1, 2004 or May 1, 2004. This implies that 38% of 70 million statutorily insured people benefit from lower contribution rates after several months of health reform. The average contribution rate, which would have increased without health reform due to a deficit of 2,9 billion Euro in 2003 at the turn of the year, decreased from 14,32 to 14,27%. Over the course of the year 2004 it is expected to amount to below 14,0%. Nevertheless, there is a political pressure to lower contribution rates further. This is seen very critical by sickness funds and other health care decision makers because:

- Sickness funds have to reduce the debt burden they incurred during the last years;
- It remains to be seen whether savings continue to increase (This is of course too early to judge).

According to the federal ministry for health and social security the sickness funds in Germany generated a *surplus of about one billion Euro* in the first quarter of 2004 compared to a loss of 600 million Euro in the first quarter of 2003. Especially expenditures for pharmaceuticals decreased by 15,4% (0,9 billion Euro) in the first quarter of 2004. For example, expenditures in January and February 2004 decreased by 25,0% in comparison to the prior year. Again, the question is raised whether cost reductions will continue to persist. As health care reform was expected by health care market stakeholders, a high percentage of expenses was shifted to December 2003 (before health reform became effective).
According to estimates of the federal association of SHI physicians *physician visits decreased* by 5 to 8,0% in January and by three to 4% in February. The January figures might be caused by the fact that a large number of insureds saw their physicians in December in order to avoid the copayment which started in January. However, there is still a decreasing trend. Although there was resistance on the side of physicians at first, the introduction of the copayments for physician visits went smoothly according to a survey in which 88% of physicians indicated that the organizational implementation went "well" or "very well." Also the risk of collection was less severe than expected: only about 0,1% of all patients had to be reminded of their payment. Nevertheless, there is scepticism regarding gatekeeper models even in the German market. A recent study by Wasem, Greβ and Hessel (2003) analyzes approaches to gatekeeper models in Germany and internationally. They found that there was no evidence that gatekeeping will reduce costs in the long-term.

15.4.1.2 Quality Effects

In February 2004, 214,000 insureds had subscribed to disease management programs whereof 4070 were enrolled in breast cancer programs and 210.000 were taking part in programs for diabetes type 2. The requirements for four diseases have been defined:
- Diabetes mellitus type 2;
- Breast cancer;
- Coronary heart disease;
- Diabetes mellitus type 1.

In addition, the requirements for disease management programs for Asthma and COPD (chronical obstructive pulmonary disease) are being developed by a committee of the Federal Committee. The recommendations will probably be announced in the second half of the year 2004.

15.4.1.3 Transparency

The framework for an *electronic health record* has been published March 22, 2004. The roll-out in model regions starts as of October 2004. Twelve states applied for the test stage.
The nationwide use of the electronic health record is supposed to start by 2006. However, it is considered to be difficult to reach an agreement regarding the details of the implementation of the electronic health record because there is a quarrel of responsibilities between the ministry and lobbyists. It will be necessary to reconcile the different interests of the stakeholders. Nevertheless, a task force which has been established in order to prepare the introduction of the medical record emphasizes that health care delivery processes have to be defined

first in order to achieve the objectives of quality and efficiency through an electronic health record. It remains to be seen whether a common agreement can be reached on time.
On January 2, 2004 the *patient representative* has been appointed. Every citizen or patient has the opportunity to direct herself/himself to the patient representative to voice criticism or to express concern. For the first time in history, representatives of patients are part of the Federal Committee. As a part of the patient representative enforcement certain organizations such as the German disabled council and three other associations have been appointed to be part of the Federal Committee.
The executive directors of sickness funds (all 17 general regional sickness funds, 11 substitute funds, 19 of 20 guild sickness funds, the miners' sickness fund, the sailors' sickness fund and 114 of 229 company-based sickness funds) and of the associations of physicians and dentists have *disclosed their salaries* in order to achieve more transparency. The disclosure refers to annual salaries including perquisites and retirement benefits.

15.4.1.4 Comprehensive Effects

When the Health Care Modernization Act came into effect the common Federal Committee appointed a lawyer as the representative for the establishment of the Institute for Quality and Efficiency in Health Care. He drafted the statutes for the judicable foundation "Institute for Quality and Efficiency in Health Care" in cooperation with the representatives of the Federal Committee, which was approved upon March 16, 2004. This proceeding can be seen as the first step towards the establishment of the Institute.
Selecting a foundation as the legal form implies that the Institute will be able to act independently based on economic and academic reasoning. The patient representative has been given the right to make a statement in a hearing if the Institute issues recommendations regarding the interests of patients. The post of the head of the Institute has been advertised and the selection is in process. The Institute is expected to start operations by June or July 2004.

15.4.2 Long-term Opportunities

There are significant long-term opportunities resulting from the Health Care Modernization Act which have begun to emerge, but are still in their infancy. They will in turn have an impact on short-term effects as they involve long-term structural changes. They include the following developments in an increasing order of comprehensiveness:
- The development of competition;
- The opportunity for physicians to establish medical clinics;
- The provision of ambulatory care in hospitals and the possibility for hospitals to set up medical clinics;
- Integrated Health Care Delivery (including new incentive schemes for physicians).
- There are significant long-term opportunities resulting from the Health Care Modernization Act which have begun to emerge, but are still in their infancy. They will in turn have an impact on short-term effects as they involve long-term structural changes. They include the following developments in an increasing order of comprehensiveness:
- The development of competition;
- The opportunity for physicians to establish medical clinics;

- The provision of ambulatory care in hospitals and the possibility for hospitals to set up medical clinics;
- Integrated Health Care Delivery (including new incentive schemes for physicians).

Enabling competition can be considered to be the first step towards structural changes and towards integrating care delivery.

15.4.2.1 The Emergence of Competition

Competition is gaining steam as the opportunities for differentiation increase and political restrictions are abolished to a large degree.

Sickness funds are enabled to reward insureds for healthy behavior. They may employ bonus models for insureds which are tied to the regular utilization of services for the early detection of diseases or to services of primary prevention. The design of bonus models is optional and so far several sickness funds have started to offer bonus programs.

Sickness funds have been enabled to reduce copayments for insureds who take part in gatekeeper models, in disease management programs or in integrated health care delivery. Furthermore, sickness funds can offer additional insurance products, deductibles or repayment of premiums. As a consequence, sickness funds have a range of opportunities to create an image for themselves in the competitive environment by offering individually tailored solutions for their customers.

An example is the *Techniker Krankenkasse* (sickness fund for technicians) which offers the following programs since January 1, 2004:

- A bonus for healthy behaviour;
- A bonus for healthy behavior for participants of disease management programs;
- A bonus for the participation in integrated health care delivery;
- Negotiating private additional insurances;
- Repayments for voluntarily insured members .

15.4.2.2 The Formation of Medical Clinics

§ 95 SGB (*Sozialgesetzbuch*, Social Welfare Code) V allows for the formation of interdisciplinary, physician-led organizations, in which physicians can either be employed or be contracting partners. These institutions enable the networking between primary care physicians and specialists, physicians and non-physicians (nurses, physical therapists and other complementary care providers) and inpatient and outpatient care delivery (for example the establishment of a medical clinic at a hospital).

Significant activities are carried out with respect to the establishment of medical clinics, however, there are no authorizations known so far.

15.4.2.3 The Provision of Ambulatory Care in Hospitals

According to § 116b SGB V Hospitals are enabled to negotiate ambulatory services with sickness funds if they are taking part in disease management programs. Reimbursement for these services is additional to the hospital budget and therefore constitutes an additional source of revenue. These contracts are of high importance for hospitals with respect to e.g. breast cancer, in particular if a hospital constitutes the center of competence within such a program.

Additionally, the ambulatory range of services provided by hospitals will be extended by enabling hospitals to provide highly specialized services on an outpatient basis. This has been recently agreed upon by the common Federal Committee.
Furthermore, hospitals are now able to establish medical clinics (as described above) in order to take part in ambulatory care. Finally, the opportunities of hospitals to participate in integrated health care delivery are extended. First conclusions of contracts have been made.

15.4.2.4 Integrated Health Care Delivery

According to § 140 SGB V integrated care delivery is a targeted cooperation of organizationally and financially independent providers (hospitals, physicians, medical clinics etc.) of health care across sectors of care delivery, taking the needs of patients into account. Integrated health care delivery aims at ending the era of fragmented care delivery by organizing medical and economic responsibility across sectors. This is of particular importance regarding the management of chronic diseases.
The conditions for integrated delivery laid down in the legislation encompass the following main issues:

- No definite fixing of the contracting type;
- Up to 1% (amounting to 680 million Euro per year approximately) of the total budget of the sickness funds will be set aside for integrated delivery and will only be paid to hospitals and physicians if participation in integrated delivery is proved (2004 until 2006);
- Copayments may be reduced for patients or bonus may be paid.

As a result of less bureaucratic regulations and the planned three-year start-up financing integrated health care delivery is shaken out of a sleepy way of life. Some sickness funds have already agreed upon bonus models for their customers which reward the participation in integrated health care delivery. Intense and comprehensive negotiations across sectors are in motion, ranging from population-based approaches to indication-based plans as shown in the following Figure 2. The main areas for integrated care approaches refer to cardiovascular diseases and chronic diseases.
Currently, there exist about 20-30 contracts in Germany for integrated health care delivery approaches, however, the majority of these contracts does not cover all sectors of health care delivery and very often only covers certain specific diseases. Only very few systems represent "total budget approaches" by taking over the risk and the whole budget for a region.

15.5 Discussion - Challenges of the Health Care Modernization Act

As laid down in Figure 1, approaches to integrated care delivery have to prove their superiority in competition in order to survive the selection process and to finally achieve cooperative business arrangements with partners. Although the Health Care Modernization Act provides opportunities for seamless care delivery in integrated delivery systems there are obstacles which will impede fast structural changes.
There is a danger that as there is the financial incentive of the 1% of payments from sickness funds that will be withheld and only paid to integrated care delivery approaches everybody will rush into integration contracts without thinking through the consequences and without carefully designing contracts. These "quick and dirty" contracts will lack sophistication and

will not be conducive to the further development of integrated care delivery. They will rather impediment the development of care delivery because the partners will be bound to the contract and it is unlikely that they will be exchanged by more sophisticated contracts soon.
Furthermore, it is insufficient to focus on the "one percent incentive." The establishment of an integrated delivery system requires much more investment (capital and human) to sustain as a long-term system. In addition, the "one percent incentive" will exist only until 2006. The legitimate question is what happens with integrated health care delivery in 2007. On the one hand, this short-term perspective makes stakeholders unsure of integrated care, but on the other hand it also implies that a long-term approach to integrated care delivery has to have a pay-off without considering "the one percent." It rather requires a focus on "the 99%" of the budget and how these can be reorganized and will be reshifted.
If a rearrangement of the 99% does not show any cost savings, the undertaking cannot be considered promising in general.
Moreover, a certain volume is needed with respect to both the size of the sickness fund(s) and the lives for which care is provided. This is of particular importance in order to assess the risk an integrated system is taking over. While medical innovations pose a permanent financial challenge to a system, morbidity risks of the enrolled population can be reduced if the number of lives is increased. This gains in significance if the integrated delivery systems takes over full budget responsibility.
Furthermore, as providers fear price dumping in competition they focus on costs to influence their risk. However, in order to take a long-term approach to integrated care, quality should be considered as a competitive advantage as it is a much more flexible tool for (re)designing and improving care delivery. In addition, it offers the opportunity to implement technocratic decision procedures and thereby develop standards of care. In this case quality and efficiency become complements as improved quality or quality indicators very often translate into enhanced efficiency.
Finally, an integrated delivery system requires skills in three dimensions:

- Contracting
  -Analysis
  -Negotiations
  -Contract design
  -Enforcement
- Medical
  -The ability to interact
  -Psychosocial competence
  -Interface and quality management
  -Case management
- Management
  -Organization
  -Planning
  -Accounting and controlling
  -Human resources.

The necessary condition for making these skills work together in order to enhance quality and

efficiency is a common culture based on trust among the partners within an integrated delivery system. The introduction of an electronic health record facilitates the creation and the further development of a common culture and also complies with the demand for more transparency by the empowered consumer.

Bibliografia/References

Ackerman F.K. (1996), *The Movement Toward Vertically Integrated Regional Health Systems*, in: Brown M. (Ed.), *Integrated Health Care Delivery - Theory, Practice, Evaluation, and Prognosis*, Gaithersburg, Maryland, pp. 33-40.

Berkowitz E.N. (1996), *Essentials of Health Care Marketing*, Gaithersburg, Maryland.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003), *Die Gesundheitsreform: Eine gesunde Entscheidung für alle*!, 09/09/2003.

Janus K. (2003), *Managing Health Care in Private Organizations - Transaction Costs, Cooperation and Modes of Organization in the Value Chain*, Frankfurt, Peter Lang.

OECD (1999), OECD *Health-Data 1999*, Paris 1999.

Robinson J.C., Yegian J.M. (2004), *Medical Management after Managed Care*, Health Affairs Web Exclusive, May 19, 2004.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000), *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Bände 1 und 2, Gutachten* 2000/2001, Bonn: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001), *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band 3*, Gutachten 2000/2001, Bonn: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen.

Capitolo 16

Le politiche sanitarie nel Regno Unito: i recenti trends

Haycox A.[1]

16.1 Introduzione

Il Sistema Sanitario Nazionale inglese (NHS) occupa 1,2 milioni di persone con competenze organizzative, manageriali, motivazionali in diversi ambiti. Il NHS ha risentito dei cambiamenti sociali, economici e culturali avvenuti e deve avere caratteristiche di equità, applicabilità, responsabilità e attenzione all'obiettivo di cura.

Il NHS è uno dei sistemi sanitari più chiusi al mondo e rimane una delle istituzioni britanniche avverse alla pubblicizzazione degli aspetti negativi. Una delle caratteristiche peculiari del NHS è l'elevato attaccamento tra staff e pazienti, che spesso è frutto dell'elevato livello di motivazione presente nella sua organizzazione.

I bisogni sanitari della popolazione del Regno Unito sono soddisfatti principalmente dal NHS che opera dal 1948. Il NHS ha sempre posto grande attenzione al principio di responsabilità collettiva dello Stato per un servizio sanitario gratuito disponibile dall'intera popolazione al punto di erogazione. Il NHS pone inoltre grande attenzione all'equità di accesso, considerando che molte delle malattie esistenti sono la conseguenza di limitazioni all'accesso al sistema delle fasce di popolazione più svantaggiata. Si assume, inoltre, che ogni accesso aggiuntivo al sistema sanitario riduceva la quantità esistente di malattie e la domanda avrebbe raggiunto un equilibrio di lungo periodo. Sfortunatamente, i cambiamenti culturali, demografici ed economici hanno provocato una crescita continua della domanda, determinando una pressione sul giovane NHS. A fronte di tali pressioni, è stata necessaria una ristrutturazione nel 1974 che introdusse un nuovo comando centrale e un sistema di controllo consistente in 14 *Regional Health Authorities* (RHAs) supportate da 90 *Area Health Authorities*. Forse il più grande cambiamento organizzativo avvenne quando il governo conservatore introdusse un mercato "interno" del NHS che separò le responsabilità tra l'acquisto dei servizi e la fornitura delle cure.

L'elezione del Governo Laburista nel 1997 portò verso un nuovo set di priorità che sostituirono il mercato interno con un sistema che poneva più enfasi sulla pianificazione, collaborazione e lavoro di gruppo. La rielezione laburista per la seconda volta nel 2001 introdusse un nuovo set di priorità.

Obiettivo di questo contributo è fornire una visione della politica economica del NHS insieme ad un'analisi dettagliata della direzione corrente di *policy* e potenziali insegnamenti per gli altri Paesi.

[1] *Director Liverpool TAR Unit.*

16.2 Finanziamento del NHS

La spesa del NHS è controllata a livello centrale. Il piano di spesa, sia per la parte corrente che per quella in conto capitale, è parte del piano di spesa pubblica generale del Governo, nel quale è determinato il livello del fondo disponibile dal NHS. Rispetto ad altri Paesi simili, il Regno Unito ha la più piccola quota di PIL destinata alla spesa sanitaria. L'osservazione sulla spesa, effettuata nel 1998 e condotta su un piano di spesa triennale del NHS con aumenti annui reali nel periodo 1999/2000-2001/2002, è stata pianificata sul 4,7% annuo.
Il Governo del Regno Unito ha l'intenzione espressa di portare la spesa sanitaria alla media dell'Unione Europea. Oggi, il NHS è il sistema sanitaria a crescita più rapida (in termini di spesa) rispetto ai maggiori Paesi europei, ricevendo i tassi di crescita storici di finanziamento (6,0% l'anno verso il 3,0%).
Il sistema di finanziamento e copertura sanitario nel Regno Unito è meno complesso di quello degli altri Paesi. Il NHS ritiene che la più corretta ed efficiente strada per finanziare il sistema sanitaria sia il sistema di tassazione di base. Nel 1996/1997 il 93,7% della spesa del NHS inglese era finanziato dal sistema di tassazione, il 2,1% dal sistema dei prezzi, il 3,0% dagli interessi sul debito e l'1,2% da altre risorse. L'aumento del finanziamento attraverso la tassazione generale significa che c'è un largo finanziamento di base e i costi sono mantenuti bassi perché il finanziamento è una parte delle entrate generali e del processo di tassazione.
Una quota rilevante del finanziamento aggiuntivo è stata richiesta per finanziare i recenti aumenti salariali del personale dell'NHS e ridurre le ore lavorate dai medici *junior*. La Gran Bretagna ha un numero relativamente limitato di medici e infermieri e, rispetto ad alcune mancanze, il NHS ha dei *target* ambiziosi di incremento della forza lavoro. Il NHS ha inoltre pochi posti letto per acuti e sta valutando un range di opzioni per espandere le sue capacità. Le difficoltà di numerosi ospedali, unite alle pressioni precedenti, sembrano indicare che ci sono insufficienti capacità del sistema di far fronte a periodi di elevata domanda. Per risposta, il Governo ha convenuto di pagare per i pazienti del NHS le cure negli ospedali privati. Comunque, il settore privato è così piccolo nel Regno Unito che rappresenta una quota marginale.
Ai pazienti che sono in lista di attesa da più di sei mesi viene data l'opportunità di andare per i trattamenti da un ospedale del NHS ad un ospedale privato, finanziato dal NHS. La scelta è comunque fatta sui bisogni primari, focalizzando l'attenzione sui bisogni dei pazienti combinando i valori e i principi del NHS con un servizio che opera in un modo orientato al consumatore.

16.3 Eleggibilità e *co-payment*

Tutti i residenti nel Regno Unito sono idonei ai servizi del NHS. D'altra parte, i visitatori (residenti di altri Paesi dell'Unione Europea) possono ricevere prestazioni mediche di emergenza senza spese.
Il NHS non ha una specifica lista di servizi che devono essere forniti e, di conseguenza, c'è un elevato grado di discrezionalità circa i servizi erogati in ogni località.
Le principali aree che hanno visto aumentare i prezzi sono i servizi sanitari alle famiglie per servizi farmaceutici, odontoiatrici e oftalmici. Le prime "prescrizioni a pagamento" sono state

introdotte nel 1952. La prescrizione a pagamento ha un basso costo (£ 6,20 nel 2002) e per le persone che hanno bisogno di prescrizioni frequenti si prevede di applicare una somma prepagata pari a £ 87,60 annua.
Ci sono, comunque, forme di esenzione per i bambini sotto i 16 anni, anziani, persone a basso reddito, malati cronici e per usi specifici, ad esempio la pillola contraccettiva. Storicamente circa l'85,0% delle prescrizioni sono state erogate alle persone che chiedono esenzioni. Dal 1989, i test gratuiti agli occhi sono stati ristretti ad alcune categorie, vale a dire bambini, studenti di età inferiore ai 19 anni e che frequentano la scuola a tempo pieno, adulti a basso reddito e persone che hanno o che sono predisposte ad accertate malattie agli occhi. Sono stati erogati a titolo gratuito test agli occhi per gli ultra 65-enni dall'aprile 1999. Più occhiali sono oggi forniti su base commerciale dagli ottici, inoltre per aiutare alcuni gruppi sociali (bambini, persone a basso reddito) il NHS fornisce *voucher* per coprire il costo degli occhiali.
La politica socio-sanitaria britannica presenta una tradizionale distinzione tra i servizi sanitari del NHS, che sono forniti gratuitamente fino al punto di erogazione, e servizi sociali forniti dai governi locali. Comunque, a seguito dell'implementazione delle cure nella componente comunitaria del NHS e del *Community Care Act* nel 1993, la situazione è cambiata.
Sotto la nuova organizzazione, tutti gli individui che avevano bisogni sociali dovevano rivolgersi all'autorità locale del dipartimento dei servizi sociali. Sulla base di questa organizzazione, è stato identificato un appropriato pacchetto di servizi che può includere cure domiciliari e residenziali. Gli individui sono inoltre gravati fiscalmente in base al loro reddito e (nel caso di cure residenziali) in termini di patrimonio, per determinare quale livello di pagamento dovrebbe essere richiesto per ricevere le cure privatamente.

16.4 Le recenti direzioni di *policy*

La struttura del sistema sanitario del Regno Unito ha subito maggiori cambiamenti organizzativi a seguito dell'elezione del Governo Laburista nel 1997. Il loro programma per l'NHS è stato presentato originariamente in un Libro Bianco, "Il nuovo NHS moderno e sicuro", che è stato costruito sul successo avuto dal precedente programma riformatore del Governo conservatore, sostituendone però molti degli elementi centrali. Nel suo primo periodo di operatività (1997-2001), l'attenzione è stata posta sullo smantellamento del mercato interno del Governo conservatore, incrementando la centralizzazione attraverso la creazione di una serie di istituzioni per le decisioni a lungo termine, fissazione degli *standard* del NHS e sottoporlo per la prima volta ad una forma di ispezione esterna.
Nel secondo periodo di operatività (dal 2001 in poi) il Governo laburista ha cambiato il suo approccio al NHS. L'attenzione della politica nel secondo periodo annunciava una marcata decentralizzazione dei poteri. I servizi sono ora forniti da un diverso tipo di erogatori, inclusi gli ospedali privati negli altri Paesi europei. Lo scopo è un diverso servizio meno monopolistico e *patient-driven*, diverso e rivolto ad una pluralità di soggetti e poteri locali. La nuova politica è supportata dalla predisposizione di un set comune di standard, come strumento di monitoraggio.
Ora è aumentato il ricorso al settore finanziario privato per la costruzione di nuovi ospedali (di iniziativa finanziaria privata) che sono poi affittati al NHS ad un prezzo concordato.

Le linee del nuovo Governo erano inizialmente descritte nel Libro Bianco del 1998 che aboliva le regole del mercato interno introdotte dal Governo precedente. Comunque, la divisione tra acquirenti e venditori era mantenuta, ma l'enfasi si è spostata alle relazioni cooperative-non cooperative. Il NHS Plan ha stabilito un insieme di target per il servizio sanitario, in termini sia di indicatori di *performance*, come le liste di attesa, sia di input, come i posti letto ospedalieri e lo staff medico. Inoltre, sono stati costituiti nuovi organismi come la *Modernisation Agency*.

La *Modernisation Agency* è stata costituita per aiutare il personale sanitario e il *management* locale a ridisegnare i servizi locali sui bisogni dei pazienti. Altri organismi includono la *National Care Standards Commission*, un ispettorato avente un ruolo simile al CHI per le cure infermieristiche e residenziali, e la *National Clinical Assessment Authority*, costituita per supportare le autorità sanitarie per quanto riguarda l'analisi delle *performance* del personale medico.

Il nuovo Governo ha prodotto linee guida nazionali sulle priorità per un triennio – 1999/2000 – 2001/2002. Esso ha stabilito una nuova direzione del servizio sanitario; basata sulla ricerca delle cause di malattia eliminando le barriere tra i fornitori dei servizi e ponendo grande enfasi sulla qualità dei servizi e sui bisogni dei pazienti.

Il NHS si aspettava di raggiungere alcuni risultati in alcune aree:

- ridurre liste di attesa e tempi di attesa in linea con target quantitativi;
- adottare misure specifiche per sviluppare servizi primari e comuni;
- fissare target per ridurre la mortalità dovuta a malattie cardiache, fornendo servizi di alta qualità, costo-efficacia e servizi per la prevenzione e per i trattamenti delle malattie croniche;
- aumentare la qualità, efficienza e velocità di accesso ai servizi per la cura del cancro.

Il NHS doveva collaborare con i dipartimenti dei servizi sociali in alcune aree per:

- ridurre le ineguaglianze attraverso l'aumento della salute delle classi più svantaggiate, ad un tasso più veloce di quello del resto della popolazione;
- aumentare la salute mentale della popolazione;
- assicurare la fornitura di servizi che aiutano l'indipendenza degli adulti.

Il *NHS Direct* è stato costituito come un servizio di consulenza telefonica nazionale per aiutare i pazienti ad ottenere consulenza medica e per i trattamenti minori che non hanno bisogno di appuntamento. Entrambi i servizi sono forniti dagli infermieri.

Le recenti riforme che hanno interessato il NHS sono state di cruciale importanza per i processi di cura che il *National Service Framework Programme* ha analizzato sulla prevenzione e gli interventi connessi. Le riforme correnti rappresentano un intreccio di azioni competitive, collaborative e di controllo centrale, per sostituire la competizione nel mercato sanitario con più relazioni collaborative tra gli attori principali.

16.5 L'incremento dell'analisi del NHS

Sin dalla nascita del NHS, i servizi forniti e le decisioni adottate sono state oggetto di un monitoraggio particolareggiato è stato minimo, a dispetto di una comune percezione delle significative variazioni avute nelle *performance* all'interno del NHS. La *Commision of Health Improvement* (CHI) fornisce gli strumenti per effettuare la ricerca della qualità e della *perfor-*

mance attraverso l'applicazione di standard misurabili allo scopo di generare continui miglioramenti della *performance* stessa. La CHI interviene anche nei casi in cui gli standard di salute prefissati all'interno del NHS siano precipitati al di sotto di quanto fosse lecito aspettarsi. L'introduzione del *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) fornisce un ulteriore aiuto in grado di affrontare l'introduzione e la proliferazione di nuove tecnologie in campo sanitario in tutto il Servizio Sanitario Nazionale (NHS). Infine i *National Service Frameworks* forniscono i piani decennali per il miglioramento del servizio, sia nella cura delle malattie che nella prevenzione delle stesse all'interno del NHS.
Questi ultimi descrivono come debbano essere strutturati i servizi nelle differenti aree di intervento. Per garantire che la qualità dei servizi erogati sia realmente buona, il Governo ha istituito la *Commision of Health Improvement* (CHIMP), per fornire un giudizio indipendente dei servizi locali e per intervenire nel caso in cui le organizzazioni locali non riescano ad identificare le inefficienze.
Il Governo ha sviluppato un *framework* nazionale per stimare la *performance* nel NHS studiando sei determinanti di *performance*: miglioramento della salute, equità di accesso, effettiva portata dell'appropriatezza dei servizi sanitari, efficienza, storia del paziente e *outcome* sanitari.
Questo *framework* ribadisce le responsabilità prese di comune accordo tra gli uffici regionali e le autorità sanitarie, e tra le autorità sanitarie e i gruppi di assistenza primaria.
La struttura sviluppata – NICE, CHI, Governo clinico, *National Service Frameworks* – indica la linea guida che applica un comune ispettore e gli standard comuni per identificare le differenti forme di erogazione dei servizi sanitari, pubbliche e private. L'identificazione di *frameworks* per i servizi e la definizione di linee guida a livello nazionale ha fornito un forte elemento di controllo centralizzato da parte dei *policy-makers*. Il continuo flusso di direttive viene emanato dal centro alle autorità sanitarie e ai *Primary Care Trusts* (PCT). Oltre a tutto ciò, il Governo centrale ha istituito il *Performance Assessment Framework* con lo scopo di monitorare le performance delle organizzazioni afferenti al NHS. Tali *frameworks* includono indicatori che misurano il miglioramento degli *outcome* di salute, l'equità di accesso, l'efficienza, la storia del paziente. Alcuni di questi indicatori sono stati utilizzati come base per determinare un sistema di eccellenza che sia in grado di valutare le cure ospedaliere.

16.6 Le politiche del NHS – a *primary care-led service*

Sin dalla nascita del NHS nel 1948, i *General Practitioners* (GPs), cioè i medici generali, sono diventati professionisti autonomi che forniscono servizi al NHS sotto contratto. Questo stato di lavoratore autonomo sotto contratto dà notevole autonomia ai GPs. La responsabilità di rivedere e controllare la crescita della presenza degli studi dei GPs nel Paese è affidata ad una commissione centrale, la *Medical Practices Committee*. Qualsiasi nuovo studio può essere istituito in un area che venga definita "aperta" dalla Commissione; al contrario, nuovi studi possono essere istituiti in circostanze eccezionali nelle aree considerate "sovraffollate" per il numero di dottori e di conseguenza definite "ristrette".
Oltre il 99,0% della popolazione è registrata con i GPs che garantiscono l'accesso 24 ore al giorno e una serie di servizi di prevenzione, di diagnostica e di cura primaria (coloro che non sono registrati con i GPs sono per lo più persone senza fissa dimora o coloro che vivono in

alloggi temporanei). Approssimativamente il 90,0% dei contatti tra i pazienti e il NHS avviene tramite i GPs. I pazienti scelgono un GP in maniera autonoma, per lo più in relazione all'allocazione geografica, oltre che per ragioni legate allo spostamento di residenza. L'incidenza di pazienti che cambia il proprio GP è bassa. La maggior parte delle persone instaurano relazioni di lunga durata con il proprio GP. L'invio del paziente ad un ospedale specializzato viene effettuata direttamente dai GPs. Questo ruolo ricoperto dal GP è un elemento importante all'interno del NHS. A differenza di quanto accade in altri Paesi, i pazienti del NHS non hanno accesso diretto ai medici specialisti se non in particolari circostanze, ad esempio assistenza nei pronto soccorso e nei reparti di emergenza. Al 1 Ottobre 1998 vi erano 27.392 medici generali che praticavano la professione in 8.994 esercizi in Inghilterra. Alla stessa data ogni medico aveva in media 1.866 pazienti. Il numero di visite annuo per ogni GP si aggira intorno a 10.000.

Anche se il Regno Unito ha un sistema di cure primarie molto sviluppato se comparato con la maggior parte degli altri Paesi, questo settore ha ricevuto poca attenzione da parte dei *policy-makers* fino alla metà degli anni '80. Lo stato di lavoratore autonomo dei medici di medicina generale ha significato che il coordinamento con i servizi sanitari di base ospedalieri era povero. Cambiamenti maggiori si sono avuti con l'introduzione di un nuovo contratto collettivo per i medici nel 1990 che fondamentalmente ha modificato la struttura degli incentivi per i medici. Sono stati prodotti rapporti annuali, che considerano la spesa all'interno di budget "indicativi" e sono stati individuati obiettivi per diversi servizi, come quello di screening e di prevenzione. Allo stesso tempo, incentivi sono stati forniti per migliorare la performance e per garantire ai medici di diventare più pronti a rispondere ai bisogni dei pazienti.

È stato introdotto il fondo per i medici nel NHS e il *Community Care Act* 1990 in una prima forma sperimentale. Comunque, questa si è rapidamente evoluta per garantire che la parità di assistenza per le cure primarie diventi un elemento centrale del NHS negli anni '90. Un cambiamento maggiore a livello di assistenza primaria è venuto fuori dall'abolizione del fondo e la sua sostituzione con i Primary Care Groups (PCGs), che raggruppano medici che praticano la professione in una determinata area geografica alla quale fanno riferimento tutti i medici. I piani del Governo prevedono un alto livello di collaborazione con i PCGs più vicini ai dipartimenti dei servizi sociali dei governi locali. Le funzioni delle autorità sanitarie sono notevolmente cambiate in direzione dei piani strategici, come ad esempio i PGCs che assumono una responsabilità maggiore per i servizi commissionati. Le HAs sono responsabili per avvicinare i piani per i "programmi per il miglioramento della salute" nelle loro aree, in collaborazione con i PCGs, sindacati e autorità locali.

L'elezione del nuovo Governo laburista conduce verso l'abolizione del fondo dei medici, ma ha conservato l'enfasi sul *primary care led* del NHS. Tra i due tipi di acquirenti presenti nel mercato interno introdotto dal Governo conservatore, il fondo dei medici è stato assorbito all'interno dei PCTs, mentre le autorità sanitarie sono diventate per lo più strumenti per il monitoraggio della performance dei PCT. Sono stati drasticamente ridotti di numero e rinominate autorità strategiche. I sindacati mantengono la loro indipendenza come prima e possono anche trattenere tutti i guadagni e, comunque, qualsiasi servizio che forniscono sarà trasferito ai PCTs, che saranno indipendenti dai GP, e forniranno direttamente i servizi di assi-

stenza primari e generali, mentre indirizzeranno verso gli specialisti gli altri tipi di prestazioni. I PCTs sono stati istituiti dal Governo centrale e disporranno del 75,0% dell'intero budget del NHS. Tutti quanti i GPs devono essere collegati ai PCTs. Essi possono trattenere una parte dei ricavi dal loro budget che possono essere spesi per qualsiasi servizio o agevolazione per i pazienti.
I GPs devono per lo più rispondere alle domande dei singoli pazienti e non danno importanza ai programmi sanitari per la popolazione. Comunque, il contratto del 1990 cerca di dare maggiore importanza al ruolo dei GPs e alle altre figure professionali in ambito sanitario nel settore della sanità pubblica attraverso l'introduzione di incentivi economici per raggiungere gli obiettivi di immunizzazione e di prevenzione delle malattie. I sistemi di *performance,* in relazione alle spese, sono stati introdotti per i programmi di promozione della salute e per le malattie croniche. Questi programmi implicano la registrazione, la raccolta di dati e le vigenti normative. Includono inoltre il mantenimento di registri per i pazienti affetti da ipertensione, malattie dell'apparato circolatorio e infarto, fumatori abituali, monitoraggio della dieta e dell'attività fisica, controllo annuale sullo stato di salute delle persone *over* 75 e screening della mammella e della cervicale. Le politiche sanitarie pubbliche sono valutate in un dettaglio maggiore in seguito.

16.7 Politiche del NHS – Collaborazione nell'indirizzare la sanità pubblica

Il Rapporto Acheson ha individuato una serie di problemi che frenano lo sviluppo della sanità pubblica nel Regno Unito: scarsità di informazioni circa lo stato di salute della popolazione; scarsità di enfasi sulla promozione della salute e sulla prevenzione delle malattie; confusione sul ruolo e sulle responsabilità dei dottori; confusioni sulla responsabilità del controllo delle malattie contagiose; scarsità di informazione circa gli *outcome* sui quali effettuare successivamente scelte motivate. Comunque, due topologie di sviluppo hanno contribuito ad accrescere il ruolo della sanità pubblica negli anni '90. Innanzitutto, lo sviluppo del mercato interno ha posto maggiore responsabilità sulle persone che lavorano nel settore pubblico a spingere l'acquisto di funzioni e, parimenti l'introduzione dell'*Health of the Nation Strategy* (1992), che incoraggia le autorità sanitarie a mantenere un ruolo predominante nel promuovere e migliorare lo stato di salute della popolazione. La strategia individua cinque aree prioritarie per ridurre la mortalità e la morbilità, vale a dire: malattie cardiocircolatorie e infarti, cancro, malattie mentali, malattie sessualmente trasmissibili e incidenti; definisce 25 obiettivi per raggiungere la riduzione del tasso di mortalità e morbilità in un arco di tempo stabilito. L'attuale governo ha reso noti i propri piani per la salute pubblica nel *Green Paper, Our National Health*, nel Febbraio 1998, che poi è stato seguito dal *White Paper, Saving Lives: Our Healthier Nation*, nel Luglio 1999. Questo è espressione della ricerca per identificare gli obiettivi per migliorare la salute della popolazione con maggiore attenzione per le determinanti sociali e ambientali che incidono sullo stato di salute ed in particolare sul bisogno di ridurre l'iniquità. Tra le altre cose questo porterà come conseguenza quella di tenere in considerazione gli effetti della povertà, della disoccupazione, degli alloggi poveri e dell'aumento dell'inquinamento. Questa strategia intende replicare la *Health of the Nation strategy* e include la revisione degli obiettivi per quattro delle aree chiave: cancro, malattie cardiocircolatorie, incidenti e malattie mentali.

Ci si aspetta che le autorità sanitarie locali, i sindacati e le organizzazioni parastatali locali raggiungano un accordo sulla sanità pubblica e sugli obiettivi che devono dare forma al sistema sanitario. Un'importante caratteristica del nuovo approccio è l'attenzione concentrata sul miglioramento della salute di coloro che versano nelle condizioni peggiori nella società e ridurre le differenze in termini di stato di salute. La collaborazione che si sta sviluppando tra il governo centrale, le autorità sanitarie locali, i governi locali, le organizzazioni di volontariato e il settore finanziario è un ulteriore punto chiave del nuovo approccio. Questo approccio prenderà forma con i programmi per il miglioramento della salute (HimPs), che sono sviluppati dalle autorità sanitarie in collaborazione con i loro partners locali. In aggiunta, 26 zone di azione sanitaria sono state identificate (HAZs) – dislocate in particolari aree di degrado economico e sociale – e sono state rese oggetto di particolari interventi. I programmi per il miglioramento della salute sono una forma istituzionalizzata di collaborazione tra le organizzazioni chiave, compresi i governi locali. Le *Health Action Zones* hanno lo scopo di unire le istituzioni, le organizzazioni no-profit e le organizzazioni private in un mercato non competitivo, per il sostegno dell'occupazione e della famiglia.

16.8 Politiche del NHS - I prodotti farmaceutici

La politica del NHS verso l'industria farmaceutica è rimasta piuttosto costante. Dal 1957, i profitti che le ditte farmaceutiche realizzano con le loro vendite al NHS sono regolati attraverso lo Schema Farmaceutico di Regolazione dei prezzi (PPRS), che è negoziato fra il dipartimento di salute e l'associazione dell'industria farmaceutica britannica. Questo schema analizza il profitto complessivo delle aziende per il commercio con il NHS, piuttosto che quello calcolato rispetto ai singoli prodotti, analizzando il rendimento aziendale sul capitale, rispetto all'intero *business* del NHS. Un rapporto del 1996 al Parlamento ha sostenuto che il PPRS promuove prezzi ragionevoli; contribuisce ad un'industria forte, capace dell'investimento di successo nella ricerca e nello sviluppo; fornisce continuità e stabilità; promuove l'innovazione ed è amministrativamente semplice. Ciò nonostante il rapporto ha inoltre sostenuto che tale sistema è privo di trasparenza e tende a provocare inefficienza e ad insidiare le politiche di contenimento dei costi così come rappresentare una barriera ai prezzi di concorrenza.
Nel tentare di controllare il dispendio pubblico sui prodotti farmaceutici, una maggior attenzione è stata posta sui sistemi di *co-payment* dalla crescita del settore *over-the-counter* (OTC) del mercato farmaceutico. Il passaggio dei farmaci da prescrizione agli OTC mira ad esercitare una pressione verso il basso sul budget pubblico per la farmaceutica.
I servizi farmaceutici sono forniti pricipalmente dai farmacisti della Comunità, che forniscono le droghe e gli apparecchi prescritti dai GPs. Nel 1997/1998 c'erano 10.503 farmacie, un numero che è rimasto piuttosto costante durante gli ultimi dieci anni. Il numero di prescrizioni erogate, d'altra parte, si è sviluppato durante gli ultimi dieci anni del 38,0%, nel 1997/1998 le prescrizioni ammontavano a 505.8 milioni. L'aumento della spesa per i prodotti farmaceutici è una preoccupazione importante per la politica del governo. La spesa ha ora un budget limitato. I programmi correnti di governo inoltre mirano ad ampliare il ruolo dei farmacisti della comunità e ad usare al meglio la loro professionalità. A questo scopo, è stata lanciata una serie di progetti pilota, come quelli che riguardano l'ampliamento della consulenza dei farmacisti per i pazienti con problemi relativi ai farmaci.

16.9 Politiche del NHS - Servizi odontiatrici

I servizi odontoiarici sono forniti come componente del NHS dai dentisti di base indipendenti che hanno accordi con i loro servizi sanitari locali. Il numero di dentisti sulle liste del servizio sanitario è aumentato del 14,4% durante i dieci anni dal 1988/1989 al 1998/1999, così che nel 1998/1999 vi erano 17.245 dentisti. C'è attualmente una quantità considerevole di *co-payment*, le persone pagano l'80,0% del costo del loro trattamento fino ad una cifra massima stabilita nel 1999/2000 in £ 348. Le spese del NHS non sono imposte ad alcuni gruppi di pazienti, pricipalmente i bambini, le persone a basso reddito, le donne in gravidanza o puerperio. Nel 1998/1999 il costo completo medio di un trattamento odontoiatrico del NHS era circa £ 34. Successivamente, trattamenti odontoiatrici fatti privatamente, erogati per la maggior parte dagli stessi professionisti indipendenti, sono diventati considerevolmente più costosi. In alcune zone, i pazienti trovano difficile ottenere il trattamento attraverso il NHS e si rivolgono quindi al privato. I programmi del governo rispetto ai servizi odontoiatrici si sono concentrati sulla riduzione delle diseguaglianze nell'assistenza odontoiatrica e nel superare le difficoltà nell'accesso ai trattamenti del NHS.

16.10 L'orientamento futuro della politica?

I nuovi obiettivi del Ministero del Tesoro sulla salute sono attualmente in via di sviluppo come parte dell'Accordo di Servizio Pubblico (PSA) che sostiene la distribuzione dei fondi del Ministero del Tesoro a favore dei servizi di assistenza sanitaria. Gli otto obiettivi riguardano il periodo 2005-10 e promuovono lo spostamento delle politiche dall'assistenza degli acuti verso la sanità pubblica e ai servizi di assistenza preventiva.

Gli obiettivi politici proposti sono:

- aumentare entro il 2010 la speranza di vita oltre i tre anni per gli uomini e 2,5 per le donne (partendo dal 1997-99);
- obiettivi specifici per diminuire le morti per malattie cardiache e del 40,0% nelle persone al di sotto dei 75 anni;
- diminuire i suicidi e gli incidenti del 20,0%;
- ridurre il tasso dei fumatori adulti dal 26,0% nel 2002 al 21,0% nel 2010;
- fermare entro il 2010 l'aumento di anno per anno dell'obesità fra i bambini sotto gli 11 anni;
- tutela delle persone anziane con malattie croniche o di lunga durata attraverso l'assistenza primaria e programmi personalizzati per le persone vulnerabili a rischio e riduzione dei giorni di degenza i emergenza del 10,0% dal 2008;
- avere, entro il 2008, un'attesa massima di quattro mesi e mezzo dal rivolgersi al GP per il trattamento, che include un'attesa massima di tre mesi per tutta la fase specifica;
- aumentare la partecipazione dei tossicodipendenti ai programmi di trattamento del 100,0% nel 2008 partendo dai dati del 1998. Aumentare ogni anno gli utenti che sostengono con successo programmi competenti;
- verificare annualmente le indagini per misurare le esperienze dei pazienti;
- entro il marzo del 2008 il numero delle persone sostenute con cure intensive (sia quelle in casa sia quelle in residenze assistite) dovranno aumentare del 34,0% e dovrà esserci un aumento annuo dell'1,0%, nel 2007-2008, delle persone anziane aiutate a vivere nelle loro case.

La sanità pubblica è quindi al centro del documento, con parecchi obiettivi dedicati a miglio-

rare la salute della popolazione. Gli obiettivi in gran parte echeggiano le politiche attuali, con un'enfasi sulla riduzione della mortalità e delle disuguaglianze *outcomes* di salute.

16.11 Conclusioni

Feachem et al. hanno affermato che l'*American Health Maintenance Organisation (Kaiser Permanente)* ha realizzato i migliori risultati con *input* simili a quelli del NHS. Questa percezione è stata sostenuta da Ham et al., che sono giunti ad una conclusione simile. L'esempio del *Kaiser Permanente* può essere direttamente applicato al NHS dato che mette a fuoco il concetto di equità e rappresenta una buona guida. Tuttavia, una stretta integrazione tra assistenza primaria e secondaria permette al *Kaiser* di intraprendere la strada della pianificazione clinica con molti meno ostacoli nell'assistenza dei pazienti a differenza dell'esperienza del NHS. Il NHS può imparare lezioni importanti di *policy* dal metodo integrato del *Kaiser*, l'importanza data all'auto assistenza e alle cure intermedie insieme all'esperienza dei pazienti e delle famiglie come co-fornitori di assistenza. In più, l'interessante esperienza del *Kaiser* riguardo i medici nello sviluppo e nel sostegno del modello integrato di cura, può anche essere di lezione in futuro per il NHS nel confronto dell'inflessibilità istituzionale.

La sfida futura per il NHS è di costruire sul senso dell'orgoglio e dell'identità e dello scopo comune che si verrebbe a creare dal forte attaccamento al servizio Medico Sanitario Nazionale, sia da parte dei cittadini britannici che da parte delle persone che lavorano per il NHS. Le strutture incentivanti devono essere sviluppate in modo da evitare i conflitti interni nei quali le motivazioni estrinseche non escludono quelle intrinseche. Le prestazioni di tutto il sistema di assistenza dipendono, infine, dalla forza delle motivazioni di coloro che vi lavorano e dalla struttura incentivante che questi incontrano.

Il modello generale della politica è ragionevolmente chiaro. Il mercato interno in gran parte si è abolito e le pressioni concorrenziali dei *market-based* essenzialmente è stata eliminata. Tuttavia, malgrado un impegno alla collaborazione e all'introduzione delle misure destinate per promuoverla, il controllo centrale è stato mantenuto. Nel definire il successo della politica, gran parte dell'analisi del NHS ha messo a fuoco la relativa capacità di aumentare l'attività all'interno sia dell'assistenza primaria che secondaria. La politica di governo, durante i primi anni, ha dato risalto alla necessità di ridurre il numero di persone nelle liste di attesa del NHS che, prima delle elezioni del 1997, il governo si era impegnato a ridurle di 100.000. Infatti, questo è stato più che realizzato, con una lista di attesa che è passata da 1,16 milioni nel mese di marzo del 1997 a 1.039 milioni nel mese di gennaio del 2001.

Per indurre gli ospedali a curare le persone ad un più alto livello, è necessario attuare un sistema di controllo e un sistema finanziario che incentivi gli ospedali. Il NHS è il più avanzato in questi tipi di sviluppo. Le strutture di valutazione del *NICE-style* stanno analizzando molti Paesi sviluppati. Mentre più farmaci e trattamenti sono disponibili, ci devono essere mezzi di valutazione che verifichino se i nuovi trattamenti sono clinicamente vantaggiosi.

Un certo numero di insegnamenti possono essere tratti dall'esperienza del NHS per i sistemi di salute di altri paesi. Dall'esperienza del mercato interno e delle riforme del lavoro, è chiaro che un controllo centrale eccessivo unito ad una collaborazione o concor-

renza, riduce le strutture incentivanti all'interno di tutto il sistema sanitario. Per questo, è stata cambiata una serie di strutture incentivanti. Per concludere, determinati sistemi incentivanti stanno cambiando. I migliori risultati delle organizzazioni del NHS sono stati raggiunti con grandi libertà nella gestione e nel cambiamento della struttura al fine di migliorare la loro efficienza e rinforzare i rapporti con i pazienti, con la Comunità locale e con il personale.

Chapter 16

Health Care Policy in U.K.: the Recent Trends

Haycox A.[1]

16.1 Introduction

The NHS employs 1,2 million people who require managing, organising and motivating in an enormously diverse organisation. It is struggling to keep pace with societal, economic and cultural change and continually having to balance equity, responsiveness, comprehensiveness and affordability as objectives of care provision. It is one of the most closely scrutinized health systems in the world and remains one of Britain's most revered institutions, despite its well-publicized shortcomings. This enormous affection towards the NHS from both staff and patients is one of its most valuable attributes and leads to an acceptance of constraints on patient care that may be deemed unacceptable in a fee-for-service system. Equally, such affection generally leads to a high degree of motivation among people and organisations within the NHS.

The health needs of the UK population are largely met by the National Health Service (NHS) which came into operation in 1948. The NHS was established on the basis of the principle of collective responsibility by the state for a comprehensive health service available to the entire population free at the point of delivery. The NHS has always placed great value on equality of access as one of the assumptions behind the establishment of the NHS was that much of the existing ill health of the population occurred as a consequence of restricted access to healthcare by economically disadvantaged members of the population. It was assumed that, once improved access to healthcare reduced this existing stock of ill health, demand would fall to a lower long-term equilibrium level. Unfortunately, the cultural, demographic and economic changes would lead to a continuous expansion in demand, imposing extreme pressure on the fledgling NHS. To confront such pressures, a major restructuring was undertaken in 1974 which introduced a new centralised command and control system consisting of fourteen Regional Health Authorities (RHAs) supported by ninety Area Health Authorities. Perhaps the greatest organizational change occurred when the Conservative Government introduced an "internal" market to the NHS which separated responsibility for purchasing services from the responsibility for care provision. The election of a Labour Government in 1997 led to a new set of priorities which replaced the internal market with a system that placed far more emphasis on planning, collaboration and partnership-working. The re-election of Labour for a second term in 2001 introduced yet a further set of priorities.

[1] *Director Liverpool TAR Unit.*

The aim of this paper is to provide an overview of the rollercoaster ride for policymaking in the NHS together with a more detailed analysis of the current direction of policy and reflections on the expected future direction of policy and potential lessons for other countries.

16.2 NHS Funding

Total expenditure on the NHS is still tightly controlled from the centre. Expenditure planning, for both capital and recurrent expenditure, takes place as part of the government's general public expenditure planning process, through which the level of funding to be made available to the NHS is determined. A smaller proportion of GDP is devoted to health expenditure in the United Kingdom compared with similar countries. A comprehensive spending review in 1998 led to a three-year expenditure plan for the NHS with annual increases in real growth over the period 1999/2000-2001/2002 planned to average 4,7% per year. The Government in the UK has a declared intention of getting health spending up to the European Union average. The NHS is now the fastest-growing health care system (in terms of spending) of any of the major European countries, receiving twice the historic trend rate of growth in funding (6,0% a year versus 3,0%).

The main system of health finance and coverage in the United Kingdom is less complex than in most other countries. The NHS retains the belief that the fairest and most efficient way of funding healthcare is through a tax-based system of funding. In 1996/1997 93,7% of gross spending on the NHS in England was met from these two sources with the remainder being raised through user charges (2,1%), from repayments of NHS trust interest bearing debt (3,0%), and from other miscellaneous sources (1,2%). Raising finance through general taxation means that there is a broad funding base and the costs of collection are kept low because funding is collected as part of the general inland revenue, tax collection process.

A great deal of additional funding has been required to fund recent wage increases of NHS staff and reductions in hours worked by, especially, junior doctors. Britain has relatively few doctors and nurses and, to confront such shortages, the NHS plan has set out ambitious targets for increasing the NHS workforce. Similarly, the NHS has comparatively few acute hospital beds and is looking at a range of options for expanding capacity. The difficulties that many hospitals face coping with "winter pressures" appears to indicate that there is now insufficient spare capacity in the system to cope with periods of high demand. In response, the Government has agreed to pay for NHS patients to be treated in private-sector hospitals. However, the private sector is so small in the United Kingdom that this is unlikely to make more than a marginal difference.

Patients who are on an inpatient waiting list for more than six months are to be given the opportunity to go elsewhere for their treatment – to another NHS hospital, a private hospital, or even abroad, all funded by the NHS. Choice is therefore seen as being the primary means of driving the NHS to focus on the needs of its individual patients by combining the values and principles of the NHS, with a service that operates in a much more consumer-orientated world.

16.3 Eligibility and co-payments

All persons normally resident in the United Kingdom are eligible for services from the NHS.

In contrast, overseas visitors are liable to charges although Emergency medical treatment is available without charge to residents of other EU countries. The NHS does not specify an explicit list of services to be provided and, in consequence, there is a large degree of discretion about the range of services that are provided in each locality.
The main areas where charges are levied is the family health services in relation to pharmaceutical, dental and ophthalmic services. Prescription charges were first introduced in 1952. The prescription charge is flat rate (£ 6,20 in 2002) although people who frequently need prescriptions may apply for a prepayment certificate (£ 87,60 per year). There are, however, widespread exemptions from charges for children under the age of 16, elderly people, those on low incomes, for people with specific chronic conditions and for specified uses, e.g. contraceptive pills. Historically, approximately 85,0% of prescriptions have been dispensed to people claiming exemptions. Since 1989, free eye tests have been restricted to certain priority groups; namely, children, students under 19 years of age and in full-time education, adults on low income and people who have, or are predisposed to, certain eye diseases. Entitlement to free NHS sight tests was reinstated to all aged 60 and over from April 1999. Most spectacles are now provided on a commercial basis by opticians, although NHS vouchers are provided to help certain priority groups, mainly children and those on low incomes, meet the cost of spectacles.
Within British health and social care policy, there has been a traditional distinction between health care provided by the NHS, which is overwhelmingly free at the point of delivery, and social care provided through local government, which is means-tested. However, following the implementation of the care in the community component of the NHS and Community Care Act in 1993, this situation changed. Under the new arrangements, all individuals who require social care are subject to a needs assessment carried out by a case manager from their local authority social services department. On the basis of this assessment, an appropriate package of care – which may involve domiciliary or residential care – is identified. The individual is also assessed in terms of their income, and (in the case of residential care) in terms of the value of their assets, in order to determine what level of payment they will be required to bear privately.

16.4 The recent directions of policy

The structure of the UK health system underwent major organizational change following the election of the Labour Government in 1997. Their plans for the NHS were set out originally in a White Paper, The new NHS: modern, dependable, which intended to build on some of the successes of the previous Conservative Government's reform programme but to replace many central elements of it. In its first term of office (1997-2001), the focus was on dismantling the internal market set up by the previous Conservative Government by increasing centralisation through the creation of a series of institutions to help decide longer-term priorities, to raise standards in the NHS, and to subject it (for the first time) to a form of external inspection.
In its second term in office (2001 onwards), the Labour government has fundamentally changed its approach to the National Health Service (NHS). The policy focus underlying their second term in office heralded a marked decentralization of power. Services are being

sought from a much more diverse range of providers including private hospitals in other European countries. The aim is for a more diverse service in which service provision is more patient-driven, less monopolistic, more diverse and exhibits greater plurality and local ownership. The new policy is supported by the establishment of a common set of standards supported by a common means of monitoring such standards. Much greater use is also being made of private sector finance to build new hospitals (the Private Finance Initiative) which are then leased back to the NHS at an agreed rental.

The ideas of the new Government were initially outlined through the publication of a White Paper in 1998 which abolished the internal market arrangements introduced by the previous government. However, the split between purchaser and provider was retained, but the emphasis shifted towards cooperative relationships not competitive ones. The NHS Plan established a range of targets for the health service, in terms of both performance indicators such as waiting times and inputs such as hospital beds and medical staff. It also set up other new bodies such as the Modernisation Agency. This body was set up to help local clinicians and managers redesign local services around the needs and convenience of patients. Others include the National Care Standards Commission, an inspectorate with a similar role to Commission for Health Improvement (CHI) for nursing and residential care, and the National Clinical Assessment Authority, aimed at providing a support service to health authorities and trusts that have concerns over the performance of an individual clinician.

The new government produced national guidance on the priorities for a three-year period – 1999/2000-2001/2002. It established a new direction for the health service based upon tackling the root causes of ill health, breaking down barriers between service providers and placing greater emphasis on service quality and responsiveness to patient needs.

The NHS was expected to take lead responsibility in a number of areas:

- to reduce waiting lists and waiting times in line with quantitative targets;
- to undertake specific measures to develop primary and community services;
- to meet targets for reducing deaths from heart disease by providing high quality, cost-effective and responsive services for the prevention and treatment of coronary heart disease;
- to improve the quality, effectiveness and speed of access to cancer services.

The NHS was expected to collaborate with social service departments in a number of areas:

- reducing health inequalities by improving the health of the worst-off in society at a faster rate than the rest of the population;
- improving the mental health of the population;
- ensuring the provision of services which help adults achieve and sustain maximum independence in their lives through.

NHS Direct has been established as a national telephone advisory service and NHS walk-in centres enable patients to obtain medical advice and treatment for minor problems without an appointment. Both are staffed primarily by nurses.

Recent NHS reforms recognise the crucial importance of early intervention in the disease process which is why the National Service Framework programme focuses on prevention and early intervention. The current reforms represent an intertwining of competition, collaboration and central control to replace competition in the NHS market with more collaborative relationships between the principal actors.

16.5 Increased scrutiny of the NHS

Since the inception of the NHS, the extent to which its services and decisions have been subject to detailed scrutiny has been limited despite a common perception of significant variations in performance within the NHS. The Commission for Health Improvement (CHI) provides a means of inspecting such quality and performance through the application of measurable standards in order to generate continuous performance improvements. CHI also intervenes in cases where standards of care within the NHS have fallen far short of what should be expected. The introduction of the National Institute for Clinical Excellence (NICE) also provides a new structure for dealing with the introduction and dissemination of new health technologies throughout the National Health Service. Finally, the National Service Frameworks provide ten-year plans for service improvement in both the treatment and the prevention of disease within the NHS.

National service frameworks describe how services should be organized in different service areas. To ensure that good quality services are actually delivered, the government has established a Commission for Health Improvement (ChIMP). This is designed to provide independent scrutiny of local services and will intervene when local action fails to address deficiencies.

The government has developed a national framework for assessing performance in the NHS covering six dimensions of performance: health improvement, fair access, effective delivery of appropriate health care, efficiency, patient/user experience, and health outcomes. This framework underpins accountability agreements between regional offices and health authorities, and between health authorities and primary care groups.

The newly developed structure – NICE, CHI, clinical governance, National Service Frameworks – provides a policy framework that applies a common inspectorate, and common standards addressing different forms of care providers – some public and some private. Service frameworks and national treatment "guidelines" provided a strong element of commands from central policy-makers. A continuous stream of directives was issued by the centre to health authorities and PCTs. In addition to all this, a Performance Assessment Framework has been set up by the central government with the intention of monitoring the performance of NHS organizations. They include indicators of health outcome improvement, fair access, effective delivery of appropriate health care, and patients' experience. Some of these indicators have been used as the basis for a "star" system for rating hospital trusts.

16.6 NHS policies – a primary care-led service

Since the establishment of the NHS in 1948, GPs have been self-employed professionals who provide services to the NHS under contract. This independent contractor status gives GPs considerable autonomy. A central Medical Practices Committee has the responsibility for reviewing and controlling the spread of GP practices around the country. Any new practice can set up in an area that is designated 'open' by the Committee; in contrast, new practices can only be set up in exceptional circumstances in areas which are considered to be over-doctored and therefore designated 'restricted'.

Over 99% of the population are registered with GPs who provide 24-hour access and a range of preventative, diagnostic and curative primary care services (those not registered

with GPs tend to be homeless people and those in temporary accommodation). Approximately 90,0% of patient contacts with the NHS are with GPs. Patients may select a GP of their choice, although choice is restricted within geographical areas. The incidence of patients changing their GP – other than for reasons of changed residential location – is low. Most people have a long-standing relationship with their GP. Patient referral to hospital specialists is made by GPs. This GP 'gatekeeping' role is an important element of the NHS. Unlike many other countries, NHS patients do not have direct access to specialists other than in special circumstances, e.g. attendance at hospital accident and emergency departments. On 1 October 1998 there were 27.392 general practitioners practising in 8.994 practices in England. The average patient list size per general practitioner on 1 October 1998 was 1.866. The average GP carries out 10.000 consultations per year.

Although the United Kingdom has a well-developed system of primary care compared with most other countries, this sector received little attention from policy-makers until the mid-1980's. The independent contractor status of general practitioners (GPs) meant that coordination with hospital-based community health services was poor. Major changes were implemented through the introduction of a new GP contract in 1990 which fundamentally altered the incentive structures facing GPs. They had to produce annual reports, keep expenditure within indicative prescribing budgets, and met targets for various health screening and preventative services. At the same time, incentives were provided for improved performance and to ensure GPs became more responsive to patient's needs.

GP fund-holding was also introduced in the NHS and Community Care Act 1990 in an early experimental form. However, this rapidly expanded to ensure that primary care based purchasing became a central element of the NHS during the 1990s. A major change at the primary care level resulted from the abolition of GP fundholding and its replacement with primary care groups (PCGs) which are groupings of GP practices in a geographical area to which all GPs belong. The Government's plans also envisage a far greater degree of interagency collaboration with PCGs working closely with local Government social services departments. The functions of health authorities are increasingly shifting towards strategic planning as PCGs assume greater responsibility for commissioning services. The HAs are responsible for drawing up plans for 'health improvement programmes' in their areas in collaboration with PCGs, trusts and local government authorities.

The election of the new Labour Government led to the abolition of GP fundholding, but retained an emphasis on a primary-care-led NHS'. Of the two types of purchasers under the internal market introduced by the Conservative Government, GP fund-holders have been absorbed into PCTs while health authorities have largely become instruments for monitoring the performance of PCT's. They are being dramatically reduced in number, and renamed strategic health authorities. Current hospital trusts retain their independent status as before and are also able to retain any surpluses, however, any community services that they run are being transferred to PCTs. Primary Care Trusts (PCTs) are independent trusts led by general practitioners (GPs), directly providing primary and community care services while purchasing other services from specialist providers. PCTs are funded by central government and will eventually control 75,0% or more of the NHS budget. All GP practices are required to join PCTs. They can retain surpluses from their budgets which can be spent on any services or

facilities of benefit to patients.
GPs have traditionally responded to individual patient demands and have not been prominent in population-based health programmes. However, the 1990 contract sought to increase the role of GPs and other primary health care professionals in the area of public health by offering a range of financial incentives for achieving immunization and disease-screening targets. Systems of performance-related payments were subsequently introduced for health promotion and chronic disease programmes. These programmes involve registration, data collection and the provision of advice. They include maintaining registers of patients with hypertension, coronary heart disease and stroke; maintaining registers of patients' smoking habits; monitoring diet and physical activity; carrying out annual health checks on people over 75 years of age; and carrying out cervical and breast cancer screening. Public health policies are evaluated in greater detail below.

16.7 NHS policies - collaboration in addressing public health

The Acheson report identified a range of problems inhibiting the development of public health in the UK: lack of information about the health of the population; lack of emphasis on health promotion and disease prevention; confusion about the roles and responsibilities of public health doctors; confusion about the responsibility for communicable disease control; and lack of information about outcomes on which to make informed choices. However, two developments combined to enhance the role of public health in the early 1990s. Firstly, the development of the internal market placed great responsibility on public health physicians to lead the purchaser function. Secondly, the Health of the Nation strategy (1992) encouraged health authorities to take on a more strategic role in maintaining and improving the health of the local population. The strategy identified five priority areas for reducing mortality and morbidity – namely, heart disease and stroke; cancers; mental illness; sexual health; and accidents – and set 25 quantified targets for achieving reductions in rates of mortality and morbidity over given timescales. The present government published its own plans for public health in a Green Paper, Our Healthier Nation, in February 1998 which was followed by a White Paper, Saving Lives: Our Healthier Nation, in July 1999. This expresses a commitment to setting goals for improving population health with more emphasis placed upon the social and environmental determinants of health and in particular the need to reduce health inequalities. Among other things this will involve taking into account the effects of poverty, unemployment, poor housing and environmental pollution. This strategy is intended to replace the Health of the Nation strategy and includes revised targets for the four key areas of cancer, coronary heart disease and stroke, accidents and mental health.
Local health authorities, local trusts and local government agencies are expected to agree on the public health and health service goals that should shape the commissioning of care. An important feature of the new approach is an emphasis on improving the health of the worse-off in society and narrowing health gaps. Partnership working between central government, local health authorities, local government, voluntary organizations and the business sector is also a key feature of the new approach. This approach will be taken forward through the health improvement programmes (HimPs) to be developed by all health authorities in collaboration with their local partners. In addition, 26 specially designated health

action zones (HAZs) - located in areas of particular social and economic deprivation - have been targeted for particular action. The health improvement programs are an institutionalized form of collaboration between the key agencies, including local government. Health Action Zones were intended to bring together statutory, non profit, and private agencies in a non competitive, supportive culture addressing health, housing and employment.

16.8 NHS policies - pharmaceuticals

NHS policy towards the pharmaceutical industry has remained remarkably consistent. Since 1957, the profits that pharmaceutical firms make through their sales to the NHS are regulated through the Pharmaceutical Price Regulation Scheme (PPRS) which is negotiated between the Department of Health and the Association of the British Pharmaceutical Industry. This scheme analyses the profitability of a company's total business with the NHS rather than in relation to individual products by analysing a company's return on capital in relation to all its NHS business. A 1996 report to parliament claimed that the PPRS promotes reasonable prices; contributes to a strong industry capable of successful investment in research and development; provides continuity and stability; encourages innovation; and is administratively simple. Nonetheless the report also claimed that PPRS lacked transparency and tended to encourage inefficiency and to undermine cost containment policies as well as acting as a barrier to price competition.

In attempting to control public expenditure on pharmaceutical products, an increased emphasis has been placed on co-payment systems by the growth of the over-the-counter (OTC) sector of the pharmaceutical market. The switching of medicines from prescription-only to OTC aims to exert downward pressure on the publicly financed elements of the pharmaceutical budget.

Pharmaceutical services are provided mainly by community pharmacists, who supply drugs and appliances prescribed by GPs. In 1997/1998 there were 10.503 contracting pharmacies, a number that has remained fairly constant over the last ten years. The number of prescriptions dispensed, on the other hand, has grown by 38,0% over the last ten years, amounting to 50,8 million prescriptions in 1997/1998. Rising expenditure on pharmaceuticals is a major policy concern of the government. Expenditure is now within a cash-limited budget. Current government plans are also designed to extend the role of community pharmacists and to make better use of their skills. To this end, a series of pilot projects have been launched, such as those involving extended advice from pharmacists for patients with medication-related problems.

16.9 NHS policies - Dental services

Dental services are provided as part of the NHS by independent general dental practitioners who have service agreements with their local health authorities. The number of dentists on health authority lists grew by 14,4% in the ten years 1988/1989-1998/1999, so that by 1998/1999 there were 17.245 dentists listed. There is currently a considerable amount of co-payment with individuals paying 80,0% of the cost of their treatment up to a maximum charge set at £ 348 in 1999/2000. NHS charges are not levied on certain patient groups, mainly children, those on low incomes and pregnant or nursing mothers. In 1998/1999 the average

full cost of a course of NHS dental treatment was approximately £ 34.
Over this period, courses of private dental treatment, provided, for the most part, by the same independent practitioners, have expanded considerably. In some areas, patients find it difficult to obtain NHS-funded treatment and have switched to private treatment. The government's own plans in relation to dental services have concentrated on reducing inequalities in dental health status and overcoming difficulties with access to NHS treatment.

16.10 The future direction of policy?

New Treasury targets on health are currently in development as part of the Public Service Agreement (PSA) underpinning the future provision of treasury funding for the health service. The eight targets cover the period 2005-10 and support the current policy shift away from acute care towards a public health and primary care-led service[10].
The proposed policy objectives are:

- to increase life expectancy by over three years for men and 2,5 years for women by 2010 (from 1997-99 baseline) through;
- specific targets to cut deaths from heart disease and stroke and related diseases by 40 per cent in people under 75;
- cutting suicide and undetermined injury by at least 20 per cent;
- to reduce adult smoking rates from 26 per cent in 2002 to 21 per cent by 2010;
- to halt year-on-year increase in obesity among children under 11 by 2010;
- to care for older people with chronic or long-term conditions effectively in primary care and community settings through personalised care plans for the most at-risk vulnerable people, and achieve a reduction in emergency inpatient bed days by 10 per cent by 2008;
- maximum wait of four-and-a-half months from GP referral to treatment, includes a maximum wait of three months for any individual stage, by 2008;
- increase the number of problem drug users in drug treatment programmes by 100 per cent by 2008, from 1998 baseline. Increase year-on-year proportion of users successfully sustaining or competing programmes;
- annual independently validated surveys to measure the patient experience;
- by March 2008, the number of people supported intensively to live at home (as a proportion of all those supported intensively at home or in residential care) should increase to 34 per cent and there should be a 1 per cent annual increase in 2007 and 2008 in the support provided to older people to help them live at home.

Public health is therefore at the heart of the document, with several targets dedicated to improving the health of the population. The targets largely echo existing policies, with an emphasis on reducing mortality and inequalities in health outcomes.

[10] *Feachem, RGA., Sekhri, N., White, K., 2002, Getting more for their dollar: a comparison of the NHS and California's Kaiser Pernanente. BMJ 2002. Vol 324; pp135-143.*

16.11 Conclusions

Feachem et al. implied that an American Health Maintenance Organisation (Kaiser Permanente) achieved better outcomes for similar inputs than the NHS. This perception was supported by Ham et al., who came to a similar conclusion on the basis that Kaiser exhibit shorter lengths of stay for comparable conditions. Lessons from Kaiser Permanente may be directly applicable to the NHS as they share a focus on equity and are both highly value driven. However, a closer integration of primary and secondary care allows Kaiser to apply planned clinical pathways with far fewer obstacles to patient care than those experienced within the NHS. The NHS can learn important policy lessons from Kaiser's integrated approach, the emphasis placed on self care and intermediate care together with the perception of patients and families as co-providers of care. In addition, Kaiser's experience of engaging doctors in developing and supporting an integrated model of care may also hold important lessons for the NHS in confronting institutional inflexibility in the future.

The future challenge for the NHS is to build upon the sense of pride, identity and common purpose that would build upon the very strong attachment to the National Health Service, both from the British people and from the people that work for the NHS. Incentive structures must be developed that avoid internal conflicts and in which extrinsic motivations do not drive out intrinsic ones. The performance of any health system is ultimately dependent on the strength of the motivations of those who work within it and on the incentive structure that they face.

The overall pattern of policy is reasonably clear. The internal market has been largely abolished, and market-based competitive pressures mostly eliminated. However, despite a commitment to collaboration and the introduction of measures designed to foster it, central control has been maintained. In defining policy success, much of the analysis of the NHS has focused on its ability to increase activity within both primary and secondary care. Government policy, in its early years, emphasised the need to reduce the number of people on NHS waiting lists – a number that, prior to its election in 1997, the government pledged to reduce by 100.000. In fact, this was more than achieved, with waiting lists falling from 1,160 million in March 1997 to 1,039 million in January 2001.

In order to induce hospitals to treat more people and to a higher standard, it is necessary to create a monitoring and financial system that incentivizes the hospital. The NHS is at the leading edge in many such developments. NICE-style evaluation structures are being considered in many countries across the developed world. As more drugs and treatments become available, there has to be a means of evaluation which assesses whether the new treatments are clinically and cost-effective.

A number of lessons can be drawn from the experience of the NHS for other countries' health systems. From the experience of the internal market and Labour's reforms, it is clear that excessive central control combined with either collaboration or competition reduces incentive structures within any health system. To address this, a range of incentive structures have been changed. Finally, certain incentive systems are being changed. The best-performing organisations within the NHS are being provided with greater freedom to manage and change their structure to improve their efficiency and strengthen their relationships with their patients, their local community and their staff.

Bibliografia/References

Donnelly L. (2004) *Public health at heart of Treasury targets*. Health Service Journal, Vol 3.

Feachem RGA., Sekhri, N., White, K. (2002) *Getting more for their dollar: a comparison of the NHS and California's Kaiser Pernanente*. BMJ Vol 324; pp135-143.

Ham C., York, N., Sutch, S., Shaw, R. (2003) *Hospital bed utilisation in the NHS, Kaiser Permanente, and the US Medicare programme: analysis of routine data*. BMJ Vol 327, papers.

Ulteriori letture/Other Lectures

Department of Health (1998), *Modernising Social Services*: *Promoting Independence, Improving Protection, Raising Standards*. London, HMSO.

Department of Health (1998a), *Our Healthier Nation: A contract for Health. London*, The Stationery Office.

Department of Health (1998b), *A First Class Service: Quality in the new NHS*. London, The Stationery Office.

Department of Health (1998c), *The new NHS: modern, dependable*. London, The Stationery Office.

Ham C. (1999), *Health Policy in Britain: The Politics and Organisation of the National Health Service*. Basingstoke, Macmillan, New edition.

Le Grand J.(1998), et al. *Learning from the NHS Internal Market: a Review of the Evidence*. London, King's Fund.

WHO Regional Office for Europe. *Health for all database*. World Health Organisation.

Le Grand J. (2002) *Further tales from the British National Health service*. Health Affairs. Vol 21, No 3; pp116-128.

Timmins N. (2002) A *time for change in the British NHS*: An interview with Alan Milburn. Health Affairs. Vol 21, No 3; pp129-135.

Health Care Systems in Transition. European Observatory on Healh Care Systems (1999). London School of Economics (www.lse.ac.uk).

Siti Web/Web Site

British National Formulary	www.bnf.org/Index.htm
Commission for Health Improvement	www.chi.gov.uk
Department of Health	www.doh.gov.uk/dhhome.htm
Department of Health and Social Services & Public Safety, Northern Ireland	www.dhsspsni.gov.uk
HM Treasury	www.hm-treasury.gov.uk/index.cfm
National Health Service	www.nhs.uk
National Institute for Clinical Excellence	www.nice.org.uk
National Statistics	www.statistics.gov.uk
NHS Plan	www.nhs.uk/nationalplan
NHS Plan for Wales	www.wales.gov.uk/healthplanonline
NHS Wales	www.wales.nhs.uk
Scottish Executive Health Department	www.show.scot.nhs.uk/sehd
National Programme For Information Technology (NPFIT)	www.npfit.nhs.uk
London School of Economics (Health Observatory)	www.euro.who.int/observatory
Sundhedsväsendets organisering –sygehuse, incitamenter, amter og alternativer. Rapport fra indenrigs- og	www.im.dk.
Sundhetsministeriets rådgivande udvalg. Köpenhamn, 2003. The report is available at	www.im.dk.
Strukturkommisionens betänkning, January 2004. See	www.detnyedanmark.dk

Capitolo 17

Le politiche di assistenza sanitaria in Scandinavia: i recenti trend

Jönsson B.[1]

17.1 Introduzione

Dopo un periodo di relativa calma, le discussioni riguardanti la necessità di introdurre riforme hanno portato ad una nuova ondata di interesse in tutti i Paesi scandinavi. L'attenzione delle proposte di riforma è posta maggiormente sull'organizzazione dell'assistenza regionale e sui rapporti tra i governi centrali e regionali, per quanto attiene la responsabilità e gli aspetti finanziari.
La Norvegia è stato il primo Paese scandinavo a preparare una legge che dal 1 gennaio 2000 ha stabilito il trasferimento delle responsabilità in materia ospedaliera dalle Contee ai cinque distretti regionali, controllati dallo Stato. In Danimarca, una proposta presentata nell'aprile 2004 suggeriva che i cinque sistemi di assistenza regionale dovessero sostituire le Contee e che il loro potere in materia fiscale fosse abolito. In Svezia, una nuova Commissione governativa è attiva e, tra le altre cose, sta focalizzando la sua attenzione sulla revisione della nuova futura struttura regionale sanitaria e dei rapporti fra il Governo centrale e le Regioni.
Il presente contributo sui recenti sviluppi delle politiche dell'assistenza sanitaria in Scandinavia focalizza la sua attenzione sulle possibili similitudini e differenze nelle proposte di riforma dei sistemi sanitari integrati e decentralizzati di Danimarca, Svezia e Norvegia. Lo scopo è di evidenziare i potenziali punti in comune o i problemi che stanno dietro alle politiche indicate e di anticipare i probabili risultati del processo e le sue conseguenze. Una questione centrale è quanto i rapporti finanziari tra il centro e le Regioni sono strutturati, in particolare per quanto riguarda il totale dei costi per l'assistenza sanitaria, la distribuzione dei servizi di assistenza e il rapporto costo-efficacia nell'utilizzo delle risorse.

17.1.1 Quali sono le questioni e i problemi?

La regionalizzazione nell'assistenza sanitaria ha una lunga tradizione nei Paesi scandinavi. Le Contee svedesi furono create nel 1862 come sostegno all'assistenza per le malattie somatiche, se nessuno vi aveva provveduto. L'assistenza per la salute mentale e il sistema degli uffici dei distretti sanitari erano di responsabilità diretta del Governo centrale. La situazione era simile negli altri Paesi e anche i successivi sviluppi, che hanno trasferito sempre maggiori responsabilità per l'assistenza sanitaria dal Governo centrale alle Contee. In Svezia le Contee presero nel 1963 il controllo della responsabilità degli uffici dei distretti sanitari, in parte finanziati dall'assicurazione sanitaria pubblica e in Danimarca nel 1973 i fondi malattia vennero aboliti, con conseguente trasferimento del finanziamento e organizzazione dell'assistenza

[1] *Centre for Health Economics, Stockholm School of Economics, Sweden.*

di base alle Contee. La responsabilità, per quanto riguarda l'assistenza psichiatrica fu invece trasferita alle Contee sia in Svezia che in Danimarca, rispettivamente nel 1967 e nel 1975. Dalla fine degli anni '80 le Contee si sono fatte carico della responsabilità per la maggior parte dell'assistenza sanitaria in tutti i Paesi scandinavi.
Questo fu anche il periodo in cui il cosiddetto "modello integrato" prese piede. L'avanzata del "modello integrato" fu diretta sia verso l'utilizzo delle risorse, sia verso la mancanza di risposta ai bisogni e alla domanda dei pazienti. Le soluzioni proposte furono i miglioramenti nel *management*, la separazione tra fornitori e fruitori del servizio, l'introduzione di contratti al posto dei *budget* prefissati, un accresciuto potere dei pazienti in termini di libera scelta dei fornitori e delle assicurazioni e una normativa sui diritti dei pazienti. Pochissime di queste proposte furono implementate, ma la separazione tra fornitori e fruitori e il finanziamento delle prestazioni ospedaliere mediante i DRGs, al posto del finanziamento per giornata di degenza o mediante *budget*, sopravvissero.
Dalla metà degli anni '90 si verificò un periodo di stasi in relazione alle riforme sanitarie, ma con l'inizio del terzo millennio aumentò nuovamente l'interesse. Non è poi così facile individuare le ragioni che hanno portato alla situazione attuale. Probabilmente, come sempre accade, una serie di fattori ha determinato un forte cambiamento nei sistemi sanitari:

- uno è certamente rappresentato dalla domanda dei cittadini, supportati dai professionisti e dai fornitori del settore sanitario, di un maggiore e migliore servizio di assistenza sanitaria. In particolare, focalizzando l'attenzione verso un più agevole accesso alle nuove e spesso costose tecnologie mediche. I tentativi in tutti i Paesi di gestire le risorse e le aspettative mediante liste di attesa diversificate non hanno però ottenuto i risultati attesi;
- un secondo fattore è rappresentato dai problemi collegati alla responsabilità per il finanziamento dell'assistenza sanitaria nei sistemi dove esiste una divisione tra il Governo centrale e quello regionale. Il Governo centrale pensa che ciò non possa evitare la responsabilità, ma allo stesso tempo non ne ha il pieno controllo. Le Contee e le Regioni cercano di assumersi le proprie responsabilità, ma non sono in grado di controllare le proprie entrate finanziarie; infatti il Governo centrale prende ed eroga in maniera poco prevedibile per garantire una corretta programmazione locale;
- un terzo fattore è rappresentato dal fatto che lo sviluppo delle tecnologie mediche sta rendendo le Contee troppo piccole. Il numero di posti letto è stato ridotto di oltre il 30,0% durante gli anni '90 e cresce la necessità di coordinare e differenziare le unità. Una riforma che ha ridotto le Contee da 22 a 14 fu già introdotta in Danimarca nel 1970, proprio per far fronte alla necessità sopra descritta. In Svezia, il numero delle Contee è stato ridotto da 25 a 18, con la costituzione di tre Regioni a Stoccolma, Skåne e Västra Götaland.

Anche l'idea che l'attuale numero di Regioni possa essere troppo elevato per un'assistenza sanitaria più razionale si è ormai radicata e il dibattito è incentrato nel trovare il numero ottimale per una corretta gestione del sistema.

17.2 Le riforme in Norvegia

La Norvegia si differenzia dagli altri Paesi scandinavi in quanto il settore ospedaliero viene finanziato da molto tempo dal Governo Centrale. Le forme di finanziamento sono cambiate nel tempo, da una forma di finanziamento a giornata di degenza *block grant* nel 1980, ad una

forma di finanziamento per caso trattato seguendo la filosofia dei DRGs nel 1997. Vi è stato anche un lungo e approfondito dibattito in merito alla proprietà e alla responsabilità degli ospedali: lo Stato, le Contee o Comitati indipendenti. La decisione presa nel 2002, che ha di fatto trasferito la responsabilità degli ospedali nelle mani dei cinque Comitati regionali, può essere vista quale punto di arrivo di un lungo processo. Le cinque Regioni sono le stesse che furono create a seguito della proposta di piano ospedaliero del 1975.

Le cinque Commissioni Ospedaliere Regionali sono, dal punto di vista normativo, indipendenti dallo Stato, ma lo Stato decide in merito allo statuto, nomina il presidente della Commissione e agisce quale unico proprietario durante le riunioni, che fissano i cinque membri della Commissione stessa. Lo Stato inoltre finanzia gli ospedali, inclusi i servizi che vengono forniti dalle strutture private, dai laboratori e dagli specialisti.

Ci si aspetta che questa struttura crei una chiara distinzione tra:

- il ruolo del Ministero della Sanità, quale proprietario, esercitato durante le riunioni generali;
- il ruolo della Commissione Regionale, quale centro principale e fornitore dei servizi;
- il ruolo dell'ospedale, quale fornitore e produttore di servizi;
- gli ospedali hanno la piena (legale) responsabilità (autonomia) per quanto attiene l'andamento delle strutture, inclusi gli investimenti (con l'eccezione che non possono fallire e che il prestito dalle banche non superi i 5 milioni di NKr.) La gestione contabile sarà simile (o quasi) a quella delle organizzazioni private; ad esempio l'ammortamento, interesse, *reporting* e *follow-up* vengono intesi così come nelle aziende private. Gli ospedali formulano le loro politiche sul personale e di compensazione. Prese insieme è pensabile che queste innovazioni creino una migliore gestione economica e assicurino azioni locali di aggiustamento, tenendo conto dei bisogni, delle responsabilità e dei conti delle singole realtà locali?;
- la dimensione (approccio) politica è indirizzata a livello parlamentare quando i prelievi per l'anno fiscale "che viene" sono negoziati, con l'inclusione degli obiettivi delle priorità macroeconomiche, parallelamente con l'istituzione regolatoria e la struttura legislativa. L'intervento "politico" è limitato a questo.

"La riforma introdotta è una riforma di responsabilità, nel senso che unisce la responsabilità politica, finanziaria e amministrativa per il settore ospedaliero, come visto nei punti sopra elencati. Allo stesso tempo si segnala anche una riforma manageriale che porrà una maggiore attenzione alle professionalità manageriali dirette da Commissioni composte da persone altamente competenti e con grandi conoscenze dei settori sanitario, clinico, finanziario e della logistica. È possibile utilizzare legalmente *binding contracts* tra lo Stato e le Regioni e tra le Regioni e gli ospedali assimilabili alle strutture private. Ci si aspetta, inoltre, che le decisioni possano essere rapide e non ostacolate da esigenze burocratiche"[2].

Quindi, che cosa ci si aspetta dalla riforma? Da un punto di vista politico appare ovvio che uno dei fattori guida che stanno dietro alla riforma sia il problema relativo alle liste di attesa in Norvegia. La nuova struttura è organizzata per ridurre questo problema e trasformarlo in un problema tecnico. Comunque vi è una maggiore debolezza, ed è la mancanza di coordi-

[2] *Pedersen, Kjeld Möller Reforming decentralised integrated heath care systems: Theory and the case of Norwegian reform. Working paper 2002.7, Health Economics research programme, University of Oslo.*

namento con la riforma del finanziamento dell'assistenza sanitaria. Non ci sono particolari incentivi per l'efficienza nel sistema. La nuova struttura del sistema, al massimo, fornisce incentivi per fare le cose bene, non per fare le cose giuste e necessarie. Da un punto di vista della distribuzione geografica, non ci sono meccanismi che incentivano una giustizia distributiva. Il fatto che in Norvegia vi sia la possibilità di scegliere liberamente l'ospedale, normativa introdotta nel 1997 e ripresa dal *Patients Right Act* nel 2001, può non essere sufficiente per raggiungere questo obiettivo. Una formula per l'allocazione dei fondi fra le Regioni appare quanto mai necessaria.
Può quindi essere il caso che la riforma possa fallire in merito a tutti e tre i criteri base, contenimento dei costi, giustizia distributiva ed efficienza, nonostante l'attivazione di una struttura razionale del *management* ospedaliero.

17.3 Le proposte di riforma in Danimarca

La proposta governativa di sostituire le Contee con cinque Regioni e abolire i loro diritti in materia fiscale è stata improvvisa e ha sorpreso anche i più attenti osservatori del sistema sanitario danese[3]. La struttura attuale fu stabilita con il governo locale e la riforma sanitaria del 1970, dopo che erano stati effettuati solo graduali e marginali cambiamenti all'interno del sistema. La maggior parte di questi avevano contribuito ad indicare le Contee quali responsabili e attori principali nel coordinamento del sistema di assistenza sanitaria. Anche dal di fuori, il rapporto fra le Contee e il Governo sembrava ottimale, caratterizzato da accordi annuali in merito allo sviluppo del sistema, incluso anche l'aspetto finanziario, essendo rispettato dai due attori. Cambiamenti nella struttura e nella gestione del sistema erano stati introdotti, ma non furono né introdotti né discussi cambiamenti ulteriori.
Comunque, un numero di fattori può, al limite in una visione retrospettiva, essere selezionato quale contributo di proposta di cambiamento. Uno è rappresentato dal fatto che si nota una crescita sempre maggiore dell'importanza della politica sanitaria a livello di Governo e Parlamento in Danimarca, così come anche in Svezia. Gli accordi tra il Governo e le Associazioni delle Contee si sono intensificati negli ultimi 5-7 anni.[4] Per prima venne promulgata una legge, nel 1993, che introduceva la libera scelta da parte dei pazienti dell'ospedale, seguita poi dalla legge sui *Patients Rights* del 1998. Nel 1993 furono introdotte le liste di attesa garantite (controllate), che dal 1 luglio 2002 fu solo ampliata al fine di introdurre il diritto di ricorrere a trattamenti elettivi in cliniche e ospedali privati, nonché in strutture all'estero, laddove le liste di attesa superano i due mesi. I trattamenti vengono pagati sulla base della quota di DRG Danesi. In un Rapporto presentato al Governo[5], pubblicato nel gennaio 2003, gli autori concludono con la necessità di una nuova riforma, tendente in particolare alla riduzione di circa la metà del numero attuale delle Contee.

[3] *www.detnyedanmark.dk*

[4] *Pedersen, Kjeld Möller Reforming decentralised integrated heath care systems: Theory and the case of Norwegian reform. Working paper 2002.7, Health Economics research programme, University of Oslo.*

[5] *Sundhedsväsendets organisering –sygehuse, incitamenter, amter og alternativer. Rapport fra indenrigs- og Sundhetsministeriets rådgivande udvalg. Köpenhamn, 2003. The report is available at www.im.dk.*

Il Rapporto, pubblicato nel gennaio 2004, rivede la struttura attuale rappresenta la base per il presente Piano, nonostante non si pervenga alle stesse conclusioni.
Qual è quindi il significato dei cambiamenti proposti? Saranno introdotti e quali saranno le possibili conseguenze? La prima cosa certa è che ci sarà una riforma della struttura regionale. D'accordo con il rapporto degli esperti si va verso una riduzione nel numero delle Contee a 7 o 8. Poi, non siamo certi dell'implementazione della proposta di cambiamenti relativi al finanziamento dell'assistenza sanitaria. Nella proposta presentata, il finanziamento degli ospedali dovrebbe essere garantito da tre tipologie di risorse, i *block grants*[6] dal Governo alle Regioni, il pagamento delle prestazioni ospedaliere mediante i DRGs direttamente dal Governo e i pagamenti dai municipi (10,0%) agli ospedali. La logica che sta dietro a questo modello non è però molto chiara, così come la sua reale implementazione e le possibili conseguenze. Il modello quindi sembra soffrire degli stessi problemi discussi precedentemente per la Norvegia.

17.4 Dove sono le proposte svedesi?

Nel 1992 una Commissione governativa, che prese il nome di HSU 2000, fu costituita per analizzare e prevedere il bisogno di risorse per l'assistenza sanitaria fino al 2000 e per rivedere il modello di finanziamento e organizzazione dell'assistenza sanitaria in una prospettiva sociale. Le direttive per il comitato specificavano esplicitamente la valutazione di tre differenti modelli: un modello di riforma delle Contee, un modello relativo all'assistenza di base ed un modello di assicurazione sanitaria nazionale. Un gruppo di esperti fu costituito con il compito di descrivere in maniera indipendente lo sviluppo e l'analisi dei tre modelli. Il gruppo di esperti consegnò il Rapporto nel 1993 e, dal momento che il rapporto tratta i punti discussi in questo contributo, può anche servire come punto di partenza per una analisi in merito alla direzione presa dalla Svezia[7].
Le Contee sono gli attori principali all'interno del sistema di assistenza sanitaria svedese. Queste contribuiscono per circa un terzo del finanziamento attraverso il sistema proporzionale di imposte che possono imporre e inoltre sono i maggiori fornitori di assistenza sanitaria, con l'inclusione di quasi tutta l'assistenza ospedaliera. Questo li rende anche responsabili nel momento in cui la fornitura di prestazioni non incontra le aspettative. La fine degli anni '80 è stato un siffatto periodo, e la Federazione dei Consigli delle Contee Svedesi prese nel dicembre del 1988 la decisione di "ricercare alternative future per la struttura, l'organizzazione e il contenuto del sistema sanitario svedese"[8]. È interessante sottolineare che soltanto nell'Agosto del 1989 il *Ministry of Health and Social Affairs* e il *National Board of Health and Welfare*, i principali responsabili a livello governativo, sono stati invitati a riunire un comitato di ricerca. Questo mostra come le Contee, attraverso la Federazione, dominavano com-

[6] *Budget annuo prospettico che gli ospedali ricevono a copertura di tutti i loro servizi (costi operativi). Si può configurare anche quale finanziamento annuo parziale accanto, ad es., ai pagamenti per gg. di degenza da parte delle assicurazioni sociali.*
[7] *Hälso- och sjukvården i framtiden - Tre modeller. Rapport från exertgruppen till HSU 2000. SOU 1993.38.*
[8] *Crossroads - Future Options for Swedish Health Care. The Federation of County Councils, Stockholm 1991.*

pletamente l'area dell'assistenza sanitaria, inclusa la formulazione delle strategie alternative di lungo periodo. Il motto del rapporto fu un proverbio americano *If it ain't broke, don't fix it*, indicando che le opzioni considerate includevano un ininterrotto ruolo guida per le Contee.
Le direttive per l'HSU 2000, da un nuovo governo liberale/conservatore indicavano nuovi e più allargati modi di pensare alle alternative da poter prendere in considerazione. Il comitato degli esperti consegnò anche un rapporto rispettando lo spirito delle direttive, con l'inclusione di proposte e consigli inerenti le differenti vie da seguire per strutturare i rapporti fra i governi centrale, locale e regionale[9]. Comunque dopo le elezioni del 1994 un nuovo governo fu formato e la sola alternativa nell'agenda era la riforma del modello delle Contee. Da allora, lo stesso problema è ritornato oggi in discussione: può essere di interesse per riproporre alcuni risultati e conclusioni di base ancora oggi valide.
I Governi centrale, regionale e locale sono impegnati nella fornitura e nel finanziamento dell'assistenza sanitaria, ma il ruolo di ognuno di questi è cambiato nel corso del tempo. La divisione dei ruoli non è stata decisa mediante l'utilizzo di un qualche modello teorico, ma è stata sviluppata per rispondere a specifiche situazioni. Quando le Contee nel 1928 si fecero carico della responsabilità legale in merito all'assistenza ospedaliera per le malattie somatiche, la ragione fu probabilmente che l'assistenza ospedaliera, quale tecnologia medica, si stava sviluppando in una direzione che richiedeva la designazione formale di un responsabile. Le Contee rappresentarono allo stesso modo la scelta naturale quando gli venne affidata la responsabilità per l'assistenza extra-ospedaliera nel 1960. I cambiamenti fondamentali nella pratica medica possono probabilmente spiegare perché le Contee presero in carico la responsabilità per l'assistenza ambulatoriale nel 1967. Tuttavia, come vi sono molti fattori che possono spiegare l'accresciuto ruolo nel tempo delle Contee, esistono altri fattori che operano in senso opposto.
I farmaci e il finanziamento ad essi collegato ne sono un valido esempio. Nel 1997 si decise che il costo delle prescrizioni farmaceutiche e l'assicurazione sanitaria dovessero essere trasferiti dal Governo centrale alle Contee. Questo era lo *step* naturale.
I farmaci rappresentano un fattore complementare di produzione all'assistenza sanitaria fornita agli uffici extra-ospedalieri e ai centri di assistenza sanitaria, ma questa riforma non fu mai completamente implementata, in quanto le Contee temono il costo potenziale dei nuovi farmaci. Sono infatti preoccupati che non possano controllare la spesa che è parzialmente determinata da uno schema di rimborso, gestito e controllato dal Governo centrale.
Ci sono ora anche delle nuove discussioni circa l'opportunità o meno che il Governo centrale si riprenda la responsabilità in merito alle prescrizioni di medicinali. Questo è il classico esempio in cui il Governo centrale non può accettare politiche regionali differenti in materia di rimborso dei farmaci e possibilità di prescrizione di nuovi farmaci, e le Contee al tempo stesso non desiderano assumere responsabilità nell'effettuare pagamenti per qualche cosa che non sono in grado di controllare direttamente. Da quando lo stesso problema si riferisce alla legislazione sui *Patients rights* e le garanzie inerenti le liste di attesa, possiamo notare dei

[9] *Hälso- och sjukvården i framtiden - Tre modeller. Rapport från exertgruppen till HSU 2000. SOU 1993.38.*

problemi similari per conflitti emergenti, che richiamano ad un riassetto delle relazioni fra il Governo centrale e i Governi regionali.
Un altro esempio emblematico dei difficili rapporti fra il Governo centrale e i Governi regionali riguarda il coordinamento dell'assistenza sanitaria e i pagamenti per le malattie e i prepensionamenti attraverso l'assicurazione sociale. La crescita dei costi sociali e i trasferimenti pubblici per le malattie e i prepensionamenti sono in larga parte radicati nel fallimento di riabilitare le persone lasciate in lungodegenza. Questo può essere il caso in cui il sistema di assistenza sanitaria può fare ben poco, ma il loro coinvolgimento non può essere negato e domande circa il potenziale miglioramento del processo riabilitativo saranno inoltrate. Abbiamo perciò un'altra area dove il Governo centrale e le Contee hanno una comune responsabilità per arrivare ad una soluzione.
I Governi locali e i municipi sono sempre più coinvolti nell'assistenza sanitaria. Il loro ruolo cresce sempre più a causa della crescita del numero di persone anziane che loro debbono assistere. Da quando l'età avanzata e il consumo di assistenza sanitaria sono strettamente collegati fra di loro, attraverso la riduzione della mortalità, si sente sempre di più la necessità di un coordinamento dell'assistenza sanitaria e dei servizi sociali; l'invecchiamento, infatti, genera un enorme impatto più sui servizi sociali che non nell'assistenza sanitaria. La riforma del 1993, quando i municipi divennero responsabili per il pagamento dei costi ospedalieri riferiti ai *bed-blockers*[10], rappresenta un esempio di questa nuova situazione di politica sanitaria. Questa riforma all'inizio fu un grande successo, contribuendo ad accrescere la produzione ospedaliera, ma il problema sembra tornare nuovamente a galla richiedendo nuovi interventi. Un altro esempio, che permette di riconoscere chiaramente a chi debba far capo la responsabilità.
Accanto alle questioni sopra elencate è necessario aggiungere il problema del sistema di compensazione delle variazioni regionali nella fiscalità di base e nel bisogno/costi per i servizi. Il sistema di sovvenzioni generali e specifiche dal Governo alle Contee ha un effetto destabilizzante nelle finanze delle Contee e può portare ad un sistema di incentivi perversi. Questa è la quarta area dove i conflitti circa il potere e la responsabilità possono produrre azioni rivolte ad un cambiamento costruttivo nella struttura del sistema di assistenza sanitaria.

17.5 Conclusioni

Durante gli anni '60 passando per gli anni '80 la regionalizzazione del sistema di assistenza sanitaria è stata perseguita fortemente in tutti e tre i Paesi scandinavi, con un accresciuto ruolo per le Contee. Durante gli anni '90 sono state introdotte riforme con l'intenzione di migliorare la gestione e la *performance* dei sistemi stessi, ma la struttura di base era rimasta invariata. Comunque, la discussione circa l'ottimale divisione degli incarichi fra le autorità centrali, regionali e locali era iniziata e durante gli ultimi anni abbiamo assistito ad un numero di iniziative che segnalano che il cambiamento è in atto. La direzione del cambiamento va verso la centralizzazione, con una significativa riduzione del ruolo delle Regioni e delle Contee.

[10] *Ad esempio i pazienti che erano pronti per la dimissione.*

Nello stesso modo in cui la presente struttura non è il risultato di un'analisi teorica e di decisioni prese in modo razionale, i cambiamenti proposti nella direzione di una grande centralizzazione non si basano su analisi di *policy* particolarmente approfondite. Piuttosto sembrano essere delle reazioni a problemi particolari che sono emersi e che debbono essere affrontati. Quali sono questi problemi e a quale livello i cambiamenti proposti possono contribuire ad una corretta soluzione laddove dovesse esistere?
Una delle maggiori forze trainanti per la centralizzazione è la minore tolleranza nei confronti dei mutamenti regionali. Poiché la possibilità di ammettere delle differenze nei bisogni e nelle priorità fra diverse Regioni è un argomento chiave per la decentralizzazione, una ridotta tolleranza per queste differenze insidia il ruolo stesso delle Regioni. Quali sono quindi i fattori che stanno dietro alla ridotta tolleranza per le variazioni fra Regioni? Una potrebbe essere l'accresciuta informazione sulle variazioni sia in termini di utilizzo delle risorse che di *outcome*.
Questo è strettamente legato all'introduzione di nuove tecnologie. Il numero di interventi chirurgici di differenti tipologie (rimozione della cataratta, operazioni di *by-pass*, etc.) e il numero di prescrizioni per differenti farmaci sono infatti regolarmente pubblicati e discussi. Le liste di attesa sono sicuramente un fattore chiave in questo, poiché esse individuano che ci sono dei bisogni impropri, anche se questo può non essere il caso. Poiché tutti i problemi collegati a queste variazioni regionali troveranno la loro strada in direzione dei *policy makers* centrali, il Governo e il Parlamento devono comportarsi in modo tale da indirizzare i problemi percepiti. La legislazione sulle garanzie per le liste di attesa e sui diritti dei pazienti si inserisce in questo contesto. Questa situazione è molto diversa da quella verificatasi tra gli anni '60 e gli anni '80, quando l'attenzione era rivolta alla mobilitazione delle risorse e l'obiettivo principale era di assicurare la disponibilità delle risorse stesse in ogni parte del Paese. I ruoli dei Governi centrale e regionali erano complementari all'interno di questo processo, anche se i conflitti a volte si verificavano (ad esempio, la definizione dei ruoli dei medici e i principi relativi agli schemi fiscali).
Un secondo gruppo di problemi è relativo al cambiamento di condizioni per il *management* all'interno del settore sanitario. Il modello regionale integrato è basato sulla pianificazione e gli ospedali regionali furono introdotti con questo proposito già negli anni '70, essendo convinti del fatto che il coordinamento delle Commissioni delle Contee per l'assistenza ospedaliera fosse necessario. Comunque, il ruolo della pianificazione centrale è stato controverso, e le Contee hanno resistito alle direttive e normative centrali che andavano ad interferire con il loro potere decisionale. Così, è venuta fuori la questione relativa all'efficienza del settore ospedaliero e ai potenziali risparmi e incrementi di qualità di un ottimo coordinamento, con una riduzione delle duplicazioni di servizi, un'accresciuta specializzazione e un ottimo utilizzo dell'*information technology* ecc. Il fatto che la maggior parte dell'assistenza ospedaliera viene effettuata ad un livello di *outpatient* non ha mutato questo, dal momento che le stesse argomentazioni possono essere applicate ai servizi specialistici *outpatient*.
I mutamenti in termini di responsabilità per l'assistenza ospedaliera in Norvegia sembrano essere stati influenzati da questa linea di pensiero. In Svezia una nuova indagine sull'alta assitenza specialistica ha portato in una direzione simile di un accresciuto ruolo per il governo centrale. Questo è ovviamente in conflitto con il modello dove il coordinamento è raggiunto attraverso un volontario accordo fra le Contee. La fusione di cinque Contee nella

Regione di *Västra Götaland* e due Contee nella Regione di *Skåne* ci fa intuire che la Svezia nell'arco di pochissimo tempo chiuderà il percorso con una struttura caratterizzata da 5-7 Regioni.
Un terzo fattore, importante per la futura struttura, sono sicuramente le implicazioni fiscali. Il Governo decentralizzato dovrebbe pagare per fornire i beni e i servizi consumati all'interno della propria giurisdizione, ma abbiamo appena concluso sopra che vi è una necessità di intervento governativo al fine di assicurare che ci sia un uguale accesso alle prestazioni sanitarie. Questo può in teoria essere realizzato mediante un sistema di sussidi alle Contee con basso reddito e/o caratterizzate da forti bisogni della popolazione. Questi sistemi sono anche presenti in tutti e tre i Paesi scandinavi. Comunque, se noi ci muoviamo attraverso un sistema con sempre meno Regioni, l'argomentazione relativa alla capacità fiscale regionale viene meno. Si può anche discutere circa un ulteriore decentralizzazione di parte dell'assistenza sanitaria, ad esempio l'assistenza di base, ai municipi. In particolare se i municipi fossero ulteriormente ridotti.
Più il sistema per il governo delle sovvenzioni diviene esteso e complesso, più si verificherà una erosione per le tasse regionali. Innanzitutto ci saranno problemi relativi agli incentivi, poiché le Contee con simili problemi verrebbero salvate dal governo centrale. Questo creerà una instabilità del sistema, in quanto le Contee dovranno dimostrare la propria insolvenza prima di essere salvate.
Una più stringente applicazione del principio del bilanciamento del budget per i governi locali può ridurre la somma impiegata, ma non muterà gli incentivi. Poi, il governo centrale potrà *de facto* prendere il controllo della responsabilità al fine di stabilire il livello ottimo di spesa sanitaria, lasciando alle Regioni (al massimo) le decisioni sulle priorità. Comunque, se la legislazione sui diritti dei pazienti e sulle garanzie per le liste di attesa copre una parte significativa dei servizi, anche questa attività verrà erosa.
La discussione nel tracciare gli argomenti di politica, gestione e fiscali indirizza verso un ulteriore *trend* di centralizzazione nei sistemi sanitari scandinavi integrati e decentralizzati. La questione finale di cui parlare è se la centralizzazione risolverà i problemi venutisi a creare con la presente struttura. Una prima conclusione deve essere che il funzionamento del sistema di assistenza sanitaria non è dipendente dalla struttura in termini di centralizzazione o decentralizzazione, ma anche da altre situazioni.
Guardiamo ora ai cambiamenti in un'ottica di tre obiettivi chiave per il sistema sanitario: controllo dei costi, uguale accesso ed efficienza. La centralizzazione del finanziamento può migliorare il controllo dei costi e in particolare creare una grande stabilità del finanziamento dell'assistenza sanitaria. Le decisioni in merito al livello di spesa a livello centrale non saranno prive di complicazioni. In particolare, se sono molto dettagliate, forniranno incentivi per differenti gruppi di *lobby* nello spendere una quota significativa delle risorse nell'influenzare le decisioni. Se sono poco dettagliate, ad esempio l'utilizzo del *block grants* alle Regioni, le Regioni stesse si comporteranno in maniera lobbistica dal momento che non debbono effettuare una compensazione tra le tasse e i servizi. Ma questo può risultare meno stressante per il Governo e il Parlamento, non così diverso da come avviene oggi con la negoziazione fra la Federazione delle Contee, il Ministero della Sanità e il Ministero delle Finanze. Comunque, gli incentivi a livello regionale per assumere la responsabilità politica per l'allocazione

delle risorse possono essere limitate, lasciando anche al Governo Centrale la responsabilità indiretta della gestione, come nel modello norvegese.
Quando si arriva all'uguale accesso, si verifica uno spostamento da una equità regionale nella disponibilità delle risorse e nella fornitura di servizi, ad una equità verticale e orizzontale a livello individuale. Le priorità a livello verticale significano che pazienti all'interno di una determinata diagnosi, ad esempio con calcoli biliari, hanno la priorità secondo la gravità del problema. Le priorità orizzontali coinvolgono la formulazione di un giudizio esplicito in merito a quale diagnosi o problema deve essere finanziato prima. Ad esempio la decisione di rimborsare farmaci contro l'artrite reumatoide, ma non quelli per le disfunzioni erettili. È comunque una questione aperta se il sistema politico sarà in grado di gestire queste decisioni, che sono conseguenza delle leggi sui diritti dei pazienti e le garanzie sulle liste di attesa.
Fino a che punto gli obiettivi inerenti l'efficienza potranno incontrarsi con una maggiore centralizzazione è praticamente impossibile da stabilire. Le proposte di riforma non ci conducono infatti in questa direzione. Un migliore coordinamento e divisione dei compiti (lavoro) nell'assistenza ospedaliera può essere realizzato con una struttura più centralizzata come in Norvegia.
L'efficienza è dunque strettamente connessa ad un ottimale utilizzo delle nuove tecnologie mediche, come i nuovi interventi diagnostici e chirurgici. L'efficienza è in larga parte dipendente dagli incentivi. Le metodologie di rimborso degli ospedali e dei medici sono molto importanti sia che il proprietario è lo Stato, la Contea o anche un fornitore privato. Il principio di una rottura fra fornitori e acquirenti sembra essere una caratteristica comune delle riforme in tutti e tre i Paesi. Il risultato dipende da come viene gestita, compreso come vengono negoziati i contratti, disegnati e fatti rispettare. I cambiamenti nella responsabilità per l'assistenza sanitaria fra Governo centrale, locale e regionale non possono di per sé cambiare il grado di efficienza del sistema sanitario. Qualunque sia la divisione di responsabilità, ci sarà una maggiore attività in futuro per introdurre principi trasparenti e razionali per l'allocazione delle risorse nel settore sanitario e per ricercare l'obiettivo di una efficiente allocazione delle risorse stesse.

Chapter 17

Health care policy in Scandinavia: the Recent Trends

Jönsson B.[1]

17.1 Introduction

After a period of relative calm, the discussion about the need for major health care reforms is making new waves in all the Scandinavian countries. The reform proposals focus on the regional organisation of health care, and relations between the central and regional governments in terms of finance and responsibility. Norway was first out with a new law that from January 1, 2000 transferred the responsibilities for hospitals from the counties to five regional boards, controlled by the state. In Denmark, a proposal was put forward in April 2004, where it was suggested that five health care regions should replace the counties, and that their power of taxation should be abolished. In Sweden, a new government commission is set up which, among other things, is reviewing the future regional structure, and the relations between the central government and the regions.

This paper on recent health care policy trends in Scandinavia focus on the similarities and differences in the proposals for reforming the decentralised, integrated health care systems in Denmark, Norway and Sweden. The aim is to reveal potential common issues or problems behind the suggested policies, and to predict the likely outcome of the process and its consequences. A key question is if it matters how the financial relations between the central and regional governments are structured, particularly for total health care costs, the distribution of health and health care, and the cost-effective use of resources.

17.1.1 What are the issues and problems?

Regionalisation in health care has a long tradition in the Scandinavian countries. The Swedish counties were established in 1862 with a remit to care for the somatic ill, if no one else was doing that. Care of the mental ill and the system of district medical officers were a responsibility for the central government. The situation was similar in the other countries, and also the successive development that more and more responsibility for health care was transferred from the state to the counties. In Sweden the counties took over the responsibility for the district medical officers, partly financed from the public health insurance, in 1963, and in Denmark the sickness funds were abolished in 1973, and the financing and planning of the practice sector was transferred to the counties. The responsibility for psychiatric care was transferred to the counties in Sweden 1967 and in Denmark 1975. By the late 1980s, the counties had taken over the responsibility for the major part of health care in all the Scandinavian countries.

[1] *Centre for Health Economics, Stockholm School of Economics, Sweden.*

This was also the time when the "integrated model" came under attack. The assault was directed at both the use of resources, low productivity and efficiency, and lack of responsiveness to patients needs and demands. The proposed solutions were improvements in management, separation of purchasers and providers, contracts instead of budgets, planned markets, and increased empowerment of patients through free choice of providers and insurers and later legislation on patients rights. Very few of the propositions were implemented, but the purchaser provider split and hospital financing through DRG payments instead of per diem or budgets survived from the experiments.
By mid 1990s there was certain tiredness regarding health care reform. But with the beginning of the new millennium we can notice a renewed interest in major health care reforms. It is not easy to identify the reasons for this. As usual it is probably a number of factors, that together trigger the demand for change. One is for certain the demand from the public, supported by professions and the suppliers to the health care sector, for more and better services. Particularly focusing on the access to new and often expensive new medical technologies. The attempts in all countries to manage resources and expectations through different wait list guarantees have not been successful. A second is the complications related to the responsibility for public health care financing in a system were it is divided between central and regional governments. The central government finds that it cannot avoid responsibility, but is not in control. The counties and regions also assume responsibility, but find that they cannot control their financial revenue; the central government takes and give in a not very predictable manner. A third factor is that the technological development in medicine is making the counties too small. The number of hospital beds was reduced by more than 30,0% during the 1990s, and the need for co-ordination and division of task increases. A reform reducing the number of counties from 22 to 14 was instituted already in 1970 in Denmark. In Sweden, the number of counties has been reduced from 25 to 18, with the establishment of the three regions in Stockholm, Skåne and Västra Götaland. But the idea that even the current number of regional units may be too high for a rational health care service has been rooted, and the discussion is not so much about if the number should be reduced as about the optimal number.

17.2 The reforms in Norway

Norway differs from the other Scandinavian countries in that hospitals since a long time are mainly financed from the State. The forms for financing have shifted over time, from per diem to block grants in 1980, and to per case reimbursement according to diagnosis related groups (DRGs) in 1997. There has also over a long time been a debate over the ownership and responsibility for hospitals in Norway, the state, the counties or some kind of independent boards. The decision in 2002 to hand over responsibility of hospitals from the counties to five regional boards can thus be seen as a culmination of a long process. The five regions are the same as those that were formed for hospital planning purposes in 1975.
The five regional hospital boards, with their 47 daughter companies, are in a legal sense independent of the State, but the state decides the statues, appoint the chairman of the board, and act as sole owners at the general meeting, which appoint the five members of the board. The State also finances the hospitals, including services that the board procures from priva-

te hospitals, laboratories and specialists.
It is expected that this structure will create a clear distinction between:

- the role of the ministry of health as owner, exercised at general meetings (as distinct from exercising legal control and regulatory authority;
- the role of regional board/management as 'headquarters' and purchaser of services;
- the role of the hospital as provider and producer of services;
- the hospitals have full (legal) responsibility (autonomy) for running the hospital, including investments (with the exception that it cannot go bankrupt and that bank loans can only be up till about 5 millions NKr.). Accounting will be (almost) like in private organizations; i.e. also depreciation of capital and interest, and reporting and follow-up is intended to mirror what is found in private companies. Hospitals formulate their own HR and compensation policies. Taken together it is thought that this will create better economic management and ensure that corrective actions are taken locally prompted by local needs and responsibility/accountability?
- the political dimension is basically addressed at the parliamentary level when appropriations for coming fiscal year are negotiated, including setting macro priorities, along with establishing regulatory and frame legislation. 'Politics' is thought to be limited to this.

"The reform has been introduced as a responsibility reform in the sense that it unifies political, financial, and administrative responsibility for the hospital sector as seen from the previous points. At the same time it also signals a management reform in that there will be more focus on professional management led by boards composed of persons with relevant background, e.g. knowledge of health and treatment, logistics, finance, and HR. It is possible to use legally binding contracts between the state and the region, and between the region and the hospital mirroring the legal environment of private companies. It is furthermore expected that decision making in this environment can be quick - not hampered by bureaucratic requirements"[2].
What can then be expected from the reform? From a political point of view it seems obvious that one driving factor behind the reform is the waiting list problem in Norway. The new structure is set up to disarm this issue and transform it into a technical problem. However, there is one major weakness, and that is the lack of co-ordination with a reform of the financing of health care. There are no proper incentives for efficiency in the system. The new structure at best provides incentives for doing things right, not for doing the right things. From a geographical distribution point of view, there are no mechanisms for distributional justice. The fact that the Norwegians have a free choice of hospital, introduced in 1997 and strengthened by the *Patients Right Act* in 2001 may not be enough to meet this objective. A formula for allocation of funds between the regions may be necessary.
It may thus be the case that the reform may fail on all three criteria, cost containment, distributional justice and efficiency, despite the rational structure for hospital management that is set up.

[2] *Pedersen, Kjeld Möller Reforming decentralised integrated heath care systems: Theory and the case of Norwegian reform. Working paper 2002.7, Health Economics research programme, University of Oslo.*

17.3 The Danish reform proposals

The proposal from the government to replace the counties with five regions and abolish their right to taxation came as a surprise also for close observers of the Danish health care system. The present structure was settled with the local government and health care reform in 1970 and after that only gradual and marginal change in the system has occurred. Most of them have contributed to establish the counties as responsible and the leading and co-ordinating actor in the health care system.[3] From the outside, the relation between the counties and the government also seemed the best, with annual agreements about the development of the system, including financing, being honoured from both sides. Changes in the structure and management of the system were instituted, but no major changes were undertaken, or even discussed.

However, a number of factors can at least in retrospect be singled out as contributors to the proposed changes. One is the fact that health policy has increased in importance at the government and parliamentary level in Denmark, as in for example Sweden. The agreements between the government and the Association of Counties have become longer and more detailed over the past 5-7 years[4]. The first law on free choice of hospital came in 1993, and was followed by a law on Patients rights in 1998. Since 1993 the first waiting list guarantees were introduced, which was extended from July 1 2002 to include the right to seek elective treatment either in private clinics/hospitals or abroad if waiting time is longer than 2 months. Treatments are paid according to the Danish DRG rate. In an expert report to the government,[5] published in January 2003, the authors conclude that there may be a need for a new reform, reducing the number of counties to about half the present number. In a later report[6], published in January 2004, the present structure was reviewed and this report forms the basis for the present plans, although the report did not explicitly make the same conclusions. What is then the significance of the proposed changes? Will they be implemented and what will be the consequences? First it is safe to conclude that there will be a reform of the regional structure. According to the expert report the minimum number of inhabitants in a region for a reasonable specialisation to occur is 400-700.000 inhabitants, and that it is increasing, which point in the direction of reducing the number of counties to 7 or 8. Second, it is more uncertain if the proposed changes in health care financing will materialise. In the proposal, hospital financing will come from three sources, block grants to the regions from the government, DRG payments from the government directly to the hospitals, and payments from the municipalities (10,0%) to the hospitals. The logic behind this model is unclear, as is the implementation in practice and the potential consequences. The model suffers from the some problems as the Norwegian model discussed above.

[3] *www.detnyedanmark.dk.*

[4] *Pedersen, Kjeld Möller Reforming decentralised integrated heath care systems: Theory and the case of Norwegian reform. Working paper 2002.7, Health Economics research programme, University of Oslo.*

[5] *Sundhedsväsendets organisering-sygehuse, incitamenter, amter og alternativer. Rapport fra indenrigs- og Sundhetsministeriets rådgivande udvalg. Köpenhamn, 2003. The report is available at www.im.dk.*

[6] *Strukturkommisionens betänkning, January 2004. See www.im.dk.*

17.4 Where is Sweden aiming?

In 1992 a government committee, which took the name HSU 2000, was appointed to analyse and predict the resource needs for health care until year 2000, and to review how the health care system should be financed and organised from an overall social perspective. The directives for the committee explicitly stated three different models to be evaluated; a reformed county model, a model based on primary care and a national health insurance model. An expert group was appointed, with the task to independently describe, develop and analyse the three models. The expert group delivered its report in 1993, and since the report covers the issues discussed in this essay, it can also serve as a starting point for a discussion about where Sweden is heading[7].

The counties are the major actors in the Swedish heath care system. They contribute about two thirds of the financing through the proportional income tax they can levy, and they are the major provider of health care, including nearly all hospital care. This also makes them the target when the delivery of services does not meet the expectations. The late 1980s were such a period, and the Federation of Swedish County Councils took in December 1988 a decision to "research future options for the structure, organisation and content of health care in Sweden"[8]. Interesting to note is that it was not until August 1989 that the *Ministry of Health and Social Affairs and the National Board of Health and Welfare*, the main government actors, were invited to join the research steering committee. It shows how the counties, through the Federation, totally dominated the health care arena, including the formulation of the long-term strategic alternatives. The motto for the report was the American proverb "If it ain't broke, don't fix it", indicating that the options considered all included a continuous leading role for the counties.

The directives for HSU 2000, by a new liberal/conservative government, indicated a more open attitude to the alternatives that could be considered. The expert committee also delivered a report in the spirit of the directives, including a review of the pros and cons of different ways of structuring the relations between central, regional and local government[9]. However, after the elections in 1994, a new government was formed and the only alternative on the agenda was a reform of the county model. But since the same issues today are back in the discussion, it may be of interest to repeat some of the basic results and conclusions that still are valid.

Central, regional and local governments are all involved in health care provision and financing, but the role of each has changed over time. The division of roles has not been decided according to some theoretical model, but has developed from responses to specific situations. When the counties in 1928 got a legal responsibility for hospital care for somatic diseases, the reason was probably that hospital care, as a medical technology, had developed in a way that there was a need to designate a formal responsibility. The county level was in

[7] *Hälso - och sjukvården i framtiden - Tre modeller. Rapport från exertgruppen till HSU 2000. SOU 1993.38.*

[8] *Crossroads - Future Options for Swedish Health Care. The Federation of County Councils, Stockholm 1991.*

[9] *Hälso - och sjukvården i framtiden - Tre modeller. Rapport från exertgruppen till HSU 2000. SOU 1993.38.*

the same way the natural choice when they were given the responsibility for outpatient hospital care in 1960. Fundamental changes in medical practice probably also can explain why the counties took over responsibility for ambulatory care in 1963 and for mental hospitals in 1967, and the two remaining state run university hospitals in 1982-83. But in the same way as there are a number of factors that can explain the rising role of the counties; there may be other forces that work in the opposite direction.

Pharmaceuticals are an interesting example. In 1997 it was decided that the cost of prescription pharmaceuticals should be transferred from the government and the health insurance, to the counties. This was natural step, since drugs are a complementary factor of production to health care provided at hospital outpatient offices and health care centres. But this reform has never been fully implemented, since the counties fear the potential costs of new drugs. They are concerned that they cannot control the expenditures partly determined by a reimbursement scheme that is controlled by the central government. There are even now discussions that the government should take back the full responsibility for prescription drugs. This is a classical example, where the government cannot accept regional differences in drug reimbursement and access to new drugs, and the counties do not want to assume a responsibility to pay for what they cannot control. Since the same argument applies to legislation on Patients rights and waiting time guarantees, we can see similar issues for conflict surfacing, which calls for a reassessment of the relation between central and regional governments.

Another example of strained relations between central and regional governments concern the co-ordination of health care and payments for sickness and early retirement through the social insurance. The increasing social costs and public transfers due to sickness and early retirement are to a large extent rooted in the failure to rehabilitate persons on long term sick leave. It may be the case that there is little the health care system can do, but their involvement cannot be denied and questions about the potential for improvements in the rehabilitation process will be asked. We have thus another area where the central government and the counties have a joint responsibility for coming up with a solution.

The local governments, the municipalities, are increasingly involved in health care. Their role is mainly increasing due to the increasing number of elderly that they must care for. Since old age and health care consumption is closely linked, through the reduction of mortality, there is an increasing need for co-ordination of health care and social services for the elderly. In fact, ageing has a much greater impact on social services than on health care. The reform in 1993 in Sweden, when the municipalities were made responsible for the payment of hospital costs for “bed-blockers”, i.e. patients that were ready for discharge, is an example of a policy reflecting this new situation. That reform was initially a success, contributing to increased hospital productivity, but the problem seems to have come back and new actions are needed. Another example that it is not self evident who should be responsible. When regions are getting larger, there are also arguments for transferring some services, where there is an argument for local variation, to a lower level of government.

To these issues we can add the problems that the system for compensating regional variations in tax base and need/costs for services. The system of general and specific grants from the government to the counties has a destabilising effect on the finances of the counties and

may give perverse incentives. This is a forth area where conflicts about power and responsibility can provide actions to change the structure of the health care system.

17.5 Tentative conclusions

During the 1960s through the 1980s regionalization of the health care system was strengthened in all three Scandinavian countries, with an increasing role for the counties as a result. During the 1990s a series of reforms aimed at improving management and performance of the systems were introduced, but the basic structure was left unchanged. However, the discussion about the optimal division of tasks between central, regional and local authorities had started, and during the last years we have seen a number of initiatives that signal that a change is under way. The direction of the change is towards greater centralisation, with a significantly reduced role for the regional or county level.

In the same way as the present structure is not the result of theoretical analysis and rational decision making, the actual and proposed changes towards greater centralisation are not based on any comprehensive policy analysis. They rather reflect a reaction to particular problems that have surfaced and that must be addressed. What are these problems and to what extent can the proposed changes contribute to a solution if such exists?

One major driving force for centralisation is the reduced tolerance for regional variations. Since the possibility to allow for differences in needs and priorities between different regions is a key argument for decentralisation, a reduced tolerance for these differences undermines the role of the regions. What are then the factors behind this reduced tolerance for regional variations? One could be the improved information on regional variations both in terms of resource use and outcome. This is strongly linked to introduction of new technology. The number of surgical interventions of different types, cataract extractions, hip replacements, by-pass operations etc and the number of prescriptions for different drugs are regularly published and discussed. Waiting lists are a key factor in this, since they indicate that there are unmet needs, even if this may not be the case. Since all issues related to these regional variations will find their way towards the central policy makers, the government and the parliament, they have to act in order to address the perceived problems. Legislation on waiting time guarantees and patients´rights fit into this. This situation is very different from the one during the 1960s to1980s when focus was on resource mobilisation and the major goal was to secure the resource availability in all parts of the country. The roles of the central and regional governments were complementary in that process, even if conflicts sometimes did occur regarding for example central allocation of positions for medical doctors and the principles for the tax equalisation scheme.

A second set of issues relates to the changing conditions for management within the health care sector. The integrated regional model is based on a planning philosophy and hospital regions were introduced for this purpose already in the 1970s, based in the idea that co-ordination over the county boarders for inpatient hospital care was needed. However, the role of central planning has been controversial, and the counties have resisted central legislation and directives that interfered with their decision making power. Thus, the question has been raised about the overall efficiency of the hospital sector and the potential savings and quality improvements from a better co-ordination, with less of duplication of services, increased

specialisation, optimal use of information technology etc. The fact that more and more hospital care is performed at an outpatient basis has not changed this since the same arguments can be applied to specialist outpatient services. The changes in the responsibility for hospital care in Norway seem to be heavily influenced by this way of thinking. In Sweden a new investigation of highly specialist care points in a similar direction of an increased role for the central government. This is obviously in conflict with a model where the co-ordination is achieved through voluntary agreements between counties. The merger of five counties to the Västra Götaland region, and two counties to the Skåne region, points in the direction that Sweden within a rather short time will end up with a structure consisting of 5-7 regions.

A third factor of importance for the future structure are the fiscal implications. The argument for fiscal federalism is that decentralised government should pay for and provide goods and services consumed within their jurisdiction. But we have already concluded above that there is a need for government intervention to make sure that there is equal access to health care. This can in theory be achieved with a system of subsidies to counties with low incomes and/or high needs in the population. Such systems are also in place in all three Scandinavian countries. However, if we are moving towards a system with fewer regions, the argument for a regional tax capacity is eroded. There may even be an argument for a further decentralisation of part of the health care system, for example primary care, to the municipalities. Particularly if the number of municipalities are further reduced.

The more extensive and complicated the system for government grants becomes, the more will the basis for regional taxes erode. First there will be problems with incentives, since counties that goes into problems will be bailed out by the central government. This will create instability in the system, since the counties have to prove their insolvency before they are bailed out. A more stringent application of the principle of balanced budgets for local governments may reduce the sums involved, but will not change the incentives. Second, the central government will de facto take over the responsibility for deciding the optimal level of health care spending, leaving to the regional level to decide the priorities at best. However, if legislation on patients' right and waiting time guaranties covers significant parts of the services, also this task will be eroded.

The discussion about outlines the political, management and fiscal arguments the points to a further trend of centralisation in the Scandinavian decentralised integrated health care system. The final question to be address is if centralisation will solve the problems with the present structure. A first conclusion must be that the functioning of the health care system is not in a more fundamental way dependent on the structure in terms of centralisation and decentralisation. A comparison ver a wider range of health care systems, as well as a comparison over time of the Scandinavian systems, shows that there is always a tension between centralisation and decentralisation, and that the mix varies over time. So as the present trends may tackle some problems, other may arise. The final outcome is not only dependent on the degree of centralisation, but also on a number of other things.

Lets look at the changes in light of three key objectives for the health care system; cost control, equal access and efficiency. Centralisation of financing may improve cost control and in particular create a greater stability of health care financing. But the decisions about the level of spending at the central level will not be without complications. Particularly if they are very

detailed, they will give incentives for different lobby groups to spend significant amounts of resources to influence the decisions. If they are less detailed, for example decisions about block grants to regions, the regions will act as the lobbyists since they do not have to make a trade of between taxes and services. But this may be a less stressful for the parliament and the government, not so different from the one we have today with negotiations between the Federation of counties and the ministry of health and the ministry of finance. However, the incentives for the regional level to take political responsibility for the allocation of resources may be limited, leaving the central government also with indirect management responsibility, as in the Norwegian model.

When it comes to equal access, there is a shift from regional equity in resource availability and service provision to vertical and horizontal equity at the individual level. Vertical priorities mean that patients within a certain diagnosis, for example with gallstone disease, are prioritised according to the severity of the problem. Horizontal priorities involves making explicit judgements about which diagnosis or problems that should be funded. For example a decision to reimburse drugs for rheumatoid arthritis but not for erectile dysfunction. It is an open question if the political system will be able to manage these decisions, which follow from laws about patients' rights and waiting time guarantees.

To what extent objectives about efficiency will be met with more centralisation is impossible to assess. The reform proposals do not address this explicitly. A better co-ordination and division of labour in hospital care may be achieved with a more centralised structure as in Norway. However, efficiency is both doing thins right and doing the right things. Efficiency is thus closely linked to an optimal use of new medical technology, such as new diagnostics and surgical interventions, and new drugs. There is nothing in for example the Norwegian model that secures this. Efficiency is to a large extent dependent on the incentives. The methods for reimbursing hospitals and doctors are more important than if the owner is the state or the county or even if it is a private provider. The principle of a split between purchaser and provider seems to be a common feature of reform in all three countries. The outcome of the principle is dependent on how it is managed, including how contracts are negotiated, designed and enforced, and the principles for reimbursement agreed upon. Changes in the responsibility for health care between central, regional or local governments do not per se change the degree of efficiency in the health care system. Whatever the division of responsibility, there is a major task ahead to introduce transparent and rational principles for resource allocation in the health care sector to reach the goal of an efficient allocation of resources.

Bibliografia/References

Ackerman F.K. (1996), *The Movement Toward Vertically Integrated Regional Health Systems*, in: Brown M. (Ed.), *Integrated Health Care Delivery - Theory, Practice, Evaluation, and Prognosis*, Gaithersburg, Maryland, pp. 33-40.

Crossroads (1991) *Future Options for Swedish Health Care*. The Federation of County Councils, Stockholm.

Hälso- och sjukvården i framtiden - *Tre modeller. Rapport från exertgruppen till* HSU 2000. SOU 1993.38.

Pedersen, Kjeld Möller *Reforming decentralised integrated heath care systems: Theory and the case of Norwegian reform.* Working paper 2002.7, Health Economics research programme, University of Oslo.

Sundhedsväsendets organisering - sygehuse, incitamenter, amter og alternativer. *Rapport fra indenrigs - og Sundhetsministeriets rådgivande udvalg*. Köpenhamn, 2003. The report is available at www.im.dk.

Strukturkommisionens betänkning, January 2004. See www.im.dk.

www.detnyedanmark.dk

Capitolo 18

La politica sanitaria in Svizzera: i recenti trend

Crivelli L. [1]

18.1 Introduzione

Nel 2001 i costi della salute in Svizzera hanno superato la soglia dei 46 miliardi di franchi, un importo che corrisponde a 11.1% del prodotto interno lordo elvetico[2]. Con una spesa sanitaria pro capite di 3.275 PPP-$ la Confederazione Svizzera non solo guida la classifica dei Paesi europei per quanto riguarda l'ammontare delle risorse mediamente investite nel settore sanitario ma ha pure registrato, nella seconda metà degli anni Novanta, un *trend* positivo dei costi della salute che non conosce paragoni nel continente (tra il 1996 ed il 2001 questi sono lievitati complessivamente del 22,0%, a fronte di una crescita del PIL nominale inferiore al 13,0%).

A questa evidente difficoltà nel gestire la spesa sanitaria e nel tenere sotto controllo la sua evoluzione, si sovrappone una caratteristica strutturale della sanità elvetica che rende le conseguenze di un tale rincaro particolarmente gravose in prospettiva sociale. Il finanziamento del sistema sanitario svizzero è tra i più iniqui in Europa. Adottando la definizione di equità verticale formulata dalla Banca Mondiale, un sistema sanitario dovrebbe esser considerato tanto più equo verticalmente, quando più i costi sanitari sono finanziati in modo proporzionale (o addirittura progressivo) rispetto al reddito dei cittadini.[3] In Svizzera due terzi dei costi della salute sono finanziati in modo indipendente dal reddito, con il risultato di un onere di spesa insostenibile per una parte considerevole

[1] *Istituto Mecop, Università della Svizzera italiana e Dipartimento di scienze aziendali e sociali, Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana.*

[2] *Cfr. Ufficio federale di statistica (2003).*

[3] *Così la Banca Mondiale definisce il concetto di equità verticale:"principio in base al quale persone in situazioni differenti rispetto ad una caratteristica importante ai fini dell'equità, dovrebbero essere trattate in modo differente. Per esempio persone con una maggior capacità contributiva dovrebbero pagare una quota maggiore dei costi della salute, persone con maggiori bisogni sanitari dovrebbero beneficiare di una quantità maggiore di cure."*

Health Care Policy in Switzerland: Recent Trends

Crivelli L.[1]

Summary

In 2001, health-care costs in Switzerland rose above the level of 46 billion francs, an amount corresponding to 11,1% of the Swiss GDP[2]. With per capita health-care spending of $3,275 PPP, the Swiss Confederation not only ranks first among EU countries in terms of the average amount of resources invested in the health-care sector, but it also registered, in the second half of the 1990's, an upwards trend in health-care costs that has no paragon on the continent (between 1996 and 2001, these costs rose by 22,0% overall, compared to nominal growth of 13,0% in the GDP[3].

This readily apparent difficulty in managing health-spending and limiting its growth is further aggravated by a structural characteristic of Swiss health care. The mode of financing the Swiss health-care system is among the least equitable in EU. In Switzerland two thirds of health-care costs are financed without regard to income, resulting in a spending burden that proves unsustainable for a large part of the population. The organisation of the health-care sector is characterised by an especially high degree of complexity, due in large part to two factors: a model of health insurance and an exaggerated form of federalism.

[1] *The Mecop Institute, The University of Italian Switzerland, and the Department of Corporate and Social Sciences, the Professional University School of Italian Switzerland.*

[2] *Cf. Federal Office of Statistics (2003).*

[3] *Cfr. Colombo-Mennini, Evoluzione della Spesa Sanitaria nei Paesi OCSE – [Evolution of Health-Care Spending in the OECD Countries]*

della popolazione. L'organizzazione della sanità in Svizzera si caratterizza per la sua particolare complessità, dovuta essenzialmente a due fattori: un modello di assicurazione malattia unico nel suo genere ed un federalismo esasperato.
Alla luce di questi elementi, non sorprende che alla sanità ed alle riforme dell'assicurazione malattia sia stato riservato negli ultimi anni (e lo sarà anche in quelli a venire) un posto di primissimo piano nell'agenda politica nazionale.
L'obiettivo di questo contributo è quello di illustrare e commentare gli indirizzi principali della politica sanitaria svizzera, alla luce dei progetti di riforma dell'assicurazione malattia attualmente in discussione nel parlamento federale. Abbiamo ritenuto utile dedicare il primo paragrafo ad una breve presentazione del sistema sanitario svizzero e delle sue radici storiche, al fine di meglio comprendere le motivazioni e la portata delle riforme che saranno discusse nella seconda parte[4].

18.2 I tratti fondamentali del sistema sanitario svizzero

18.2.1 Il quadro politico-istituzionale: alcuni cenni storici

Per comprendere l'organizzazione del sistema sanitario elvetico è utile tener presente il modello di federalismo che caratterizza questo Paese. La Svizzera è uno Stato federale che poggia su tre livelli istituzionali: la Confederazione (lo Stato centrale), i 26 Cantoni ed i circa 2.700 comuni. A ciascun livello è attribuita una precisa gamma di funzioni e competenze, corredate dal potere di imporre tasse mediante le quali finanziare il proprio fabbisogno di spesa (federalismo fiscale). La suddivisione delle competenze tra Confederazione e Cantoni è regolata nella Costituzione federale, secondo un principio che vuole conferita ai Cantoni piena sovranità per gli ambiti che non sono esplicitamente delegati alla Confederazione. A quest'ultima, la Costituzione federale[5] assegna pochissime competenze in ambito sanitario, riassumibili essenzialmente in tre punti:

- l'organizzazione dell'assicurazione malattia;
- la lotta contro le malattie trasmissibili e la protezione della salute dei cittadini (mediante prescrizioni sull'impiego di alimenti,

One of the critical elements of the Swiss health-care system is its complexity, combined, at the same time, with the lack of equity of its model of financing.
In the case of Switzerland, therefore, it is justifiable to speak of a full-fledged explosion in health-care spending[4], while attempts to transfer the burdens not only between the three levels of government, but also between the public authorities and the obligatory insurance, are very frequent.
As far as equity in financing is concerned, it should be observed that only a third of the total financing collected in Switzerland is based on income. The remaining two-thirds of the financing is not tied to the citizens' capacity to pay. What is more, a considerable portion of the expense is financed by the patients at the time of consumption.
In terms of financing, there are three main directions taken by reform efforts, which primarily address the system of financing, together with a further devolution of powers to the central state, namely: reinforcement of individual responsibility; a simplification of the mechanisms of financing, in particular as regards hospitals, and an attempt to achieve greater uniformity between the different cantons in terms of the vertical equity promoted by the system of subsidies for insured individuals of modest economic means.
The Swiss health-care system, for that matter, currently resembles a gigantic medical supermarket, with excess capacity on the supply side, as the legal framework now in force obliges health-care funds to reimburse all medical services which, within the framework of obligatory health-care insurance, and in accordance with the principles of quality and economic efficiency, have been performed by physicians

[4] *Per una presentazione più completa del sistema sanitario svizzero si veda Crivelli e Filippini (2003).*
[5] *Nel 1999 la Costituzione federale è stata parzialmente rinnovata (cfr. http://www.admin.ch/ch/i/rs/c101.html).*

[4] *Cfr. Colombo-Mennini, op.cit..*

farmaci, stupefacenti e sostanze chimiche che potrebbero mettere in pericolo la salute della popolazione);
- la regolamentazione della medicina riproduttiva e dell'ingegneria genetica. Di conseguenza il compito di organizzare e gestire l'approvvigionamento sanitario spetta ai Cantoni.

In virtù della sovranità di cui godono in questo settore, i 26 Cantoni danno vita ad altrettanti sistemi sanitari che, sebbene siano gestiti e pianificati autonomamente, sono legati fra loro, come in un sistema di vasi comunicanti, per il tramite della legge federale sull'assicurazione malattia.

Analizzando la storia dei sistemi sanitari a livello internazionale[6] è possibile distinguere tre grandi fasi evolutive. Una prima fase, che va dagli anni '50 all'inizio degli anni '70, è incentrata sull'equità e vede un po' ovunque la nascita di sistemi sanitari ad accesso universale (il NHS in Inghilterra, nel 1948, i programmi provinciali di assicurazione malattia in Canada, l'assicurazione pubblica in Francia avviata nel 1967 e portata a compimento nel 1978). Una seconda fase, a cavallo tra gli anni '70 ed '80, è segnata dalla crisi economica e dalle difficoltà finanziarie in cui versa il settore pubblico in tutti i Paesi economicamente avanzati e si caratterizza per l'introduzione in sanità di meccanismi di contenimento della spesa e dei costi. Infine, all'inizio degli anni '90, si riscopre anche nel settore sanitario il mercato e la concorrenza e prende così avvio una terza fase, oggi ancora in corso, nella quale l'attenzione politica è rivolta all'assetto organizzativo, alle logiche contrattuali ed agli incentivi economici, con la conseguenza che molti sistemi sanitari vengono riprogettati nell'intento di accrescere l'attenzione degli operatori e dei manager nei confronti dell'efficienza (pensiamo alla creazione dei quasi-mercati nel sistema britannico, ai modelli ispirati al *New Public Management* che favoriscono l'adozione di strumenti di *benchmarking* e il ricorso a contratti di prestazione, alla riforma olandese basata sul concetto di *managed competition*).

Orbene, per 40 anni la Svizzera è rimasta praticamente esclusa dai fermenti e dalle sperimentazioni che hanno trasformato la sanità nei Paesi confinanti. La legge sull'assicurazione malattia, varata nel lontano 1911 e profondamente legata alla tradizione del corporativismo e del mutuo soccorso[7], è infatti rimasta praticamente inalterata fino a metà degli anni Novanta e questo non perché fossero mancati i tentativi di riformarla, quanto piuttosto per

[6] *cfr. Cutler (2002)*

[7] *Cfr. Muheim, D. (2003).*

authorised to exercise the profession.

Obligatory contracting guarantees all physicians authorised to exercise the profession the right to be a party to a framework contract involving all the health-care insurers. The lone exception is represented by insured parties who voluntarily waive, at least in part, the unrestricted choice of the physician and, in exchange for a reduction in the basic premium, opt for a special form of insurance associated with "managed care" models[5]. Further aggravating the consequences of obligatory contracting is the fact that outpatient services are remunerated in Switzerland under a "fee-for-service" approach.

The empirical evidence points to a demand for insurance coverage that is relatively inelastic as regards price. Though there can be no excluding that the demand for quality will prove to be more elastic than that registered to date with regard to price, the imbalances in the information on quality make it anything but a foregone conclusion that the invisible hand of competition between health-care insurers will be capable of governing a number of critical aspects of the reform all on its own, and, specifically, that it will succeed in:

- *eliminating the risk of an outbreak of competition centred around lowering standards of quality by offering contracts to physicians willing to accept sharp reductions in their fees rather than those who possess the most*

[5] *Though there are marked differences in the extent to which these models are utilised in the different cantons (in 2002 the percentage of inhabitants with special contracts varied from 0.3% in the Uri Canton to 27.5% in the Turgovia Canton), "managed care" has, to date, made little headway in Switzerland as an innovative system for managing medical services, having been selected by slightly less than 8.5% of the adult population on a national level.*

lo scoglio della democrazia diretta, sul quale si sono infranti due progetti di riforma varati dal parlamento federale (ma respinti dal popolo in sede di referendum) e numerose iniziative popolari (pure bocciate in votazione dalla maggioranza dei cittadini). Se da un lato ci si è dovuti confrontare con il ripetuto fallimento delle proposte di cambiamento formulate sul piano federale, dall'altro è importante rilevare come numerosi progetti di riforma in ambito cantonale siano stati portati a termine con successo nella seconda metà degli ani '70 e negli anni '80[8] ed abbiano contribuito ad accrescere ulteriormente le diversità tra i singoli sistemi sanitari cantonali. Considerevole è oggi la variabilità esistente fra i Cantoni non solo sotto il profilo dei modelli organizzativi adottati, ma anche nel livello di spesa sanitaria pro-capite, nella capacità produttiva (densità di studi medici ogni 10.000 abitanti e densità di posti letto) e in alcuni indicatori di *outcome* (ad esempio il tasso di mortalità evitabile mediante l'intervento sanitario)[9].

Nel 1996, dopo aver superato (grazie ad una maggioranza risicata) l'ostacolo del referendum, è finalmente entrata in vigore una nuova legge federale sull'assicurazione malattia (LAMal) che, dovendo riassumere in un'unica tappa di cambiamento le riforme che altre nazioni hanno potuto diluire sull'arco di 30 anni, ha trasformato radicalmente la fisionomia del sistema sanitario svizzero. Gli obiettivi della nuova legge coincidono perfettamente con le tre tappe evolutive identificate da Cutler (2002). Nel messaggio del Consiglio federale, che ha accompagnato l'introduzione della LAMal, sono stati esplicitati chiaramente i tre obiettivi principali della riforma:

- rafforzare la solidarietà fra gli assicurati e colmare alcune lacune nella copertura assicurativa precedente (obiettivo di equità);
- introdurre misure efficaci per il contenimento dei costi;
- promuovere una concorrenza equa tra assicuratori malattia.

La LAMal ha sancito un cambiamento di rotta pure sul piano istituzionale e di questo occorrerà tener conto nella lettura che seguirà dei progetti futuri di riforma. Pur lasciando inalterata la Costituzione, la nuova legge ha infatti determinato uno spostamento degli equilibri di potere dai Cantoni alla Confederazione. Oltre al

qualified professional skills;

- *avoiding the danger that certain health-care funds choose their suppliers not on the basis of a search for an optimal quality-price ratio, but rather with the objective of selecting from among risks, excluding from the contract physicians whose patient portfolios are particularly costly, in the hope that these patients will change health-care fund in order to stay with their physician;*
- *maintaining the competitive pressure and consolidating it over time;*
- *preventing a situation in which the gains reaped by the physicians in the past are "captured" by the health-care insurers.*

[8] *Una panoramica di queste esperienze a livello cantonale è esposta in Zweifel, P. (1988) e approfondita in Crivelli (1993).*

[9] *Per maggiori dettagli sui determinanti di questa variabilità regionale nella spesa sanitaria pro capite si veda Crivelli et al. (2004).*

tradizionale compito di regolamentare le casse malati, la Confederazione ha progressivamente assunto, a partire dal 1996, nuovi compiti che prima spettavano ai Cantoni[10]. La LaMal ha in sintesi aperto la via ad una nuova ripartizione dei compiti, ma questa *devolution* di competenze dai Cantoni allo Stato centrale non è stata affiancata da una discussione trasparente e organica nel suo contesto legittimo: una riforma della Costituzione federale. E nello stesso tempo essa non è stata accompagnata da una redistribuzione della spesa, con la Confederazione che ancora oggi finanzia solo il 20,0% della spesa sanitaria pubblica, lasciando la parte del leone a Cantoni e Comuni.

18.2.2 Peculiarità del modello elvetico di assicurazione malattia

Il sistema di assicurazione malattia adottato dalla Svizzera è caratterizzato da alcune scelte di campo (in parte risalenti al 1911 e in parte introdotte con la LAMal nel 1996) che lo rendono del tutto singolare e lo collocano a metà strada tra un'assicurazione sociale ed un'assicurazione privata:

- l'assicurazione malattia in Svizzera, pur essendo obbligatoria[11], è gestita da una pluralità di compagnie private, denominate casse malati[12], in competizione fra loro;
- le caratteristiche dell'assicurazione malattia sono: (a) l'affiliazione individuale (nel caso di una famiglia, ogni suo membro è tenuto a stipulare il proprio contratto d'assicurazione ed a pagare il rispettivo premio); (b) la copertura di un pacchetto di prestazioni di base, definito dalla Confederazione come servizio ad accesso universale[13]; (c) un contratto assicurativo uniforme. In particolare l'assicuratore è tenuto a riconoscere, quali fornitori abilitati a prestare i servizi di base, l'insieme degli operatori sanitari autorizzati a svolgere la propria attività nel Cantone di domicilio dell'assicurato e, in caso di necessità medica, anche quelli attivi in altri Cantoni. È importante precisare che l'attività medica è svolta in Svizzera nella forma della libera professione, in ambulatori privati, ed è remunerata in base ad uno schema *fee-for-service*. Inoltre nel contratto assicurativo è definito in modo chiaro l'ammontare di rischio che spetta al paziente: una franchigia annua (pari a 200 Euro[14] e, per la parte eccedente la franchigia, una partecipazione ai costi del 10,0%, fino ad un tetto massimo di spesa che attualmente si situa attorno ai 450 Euro. L'unico elemento di diversità tra una cassa malati e l'altra risiede pertanto nel premio assicurativo richiesto e in alcune dimensioni qualitative del servizio (tempi tecnici di rimborso, assistenza telefonica, ecc);
- i premi dell'assicurazione malattia sono calcolati in modo indipendente dal reddito, dal patrimonio e dal rischio individuale degli assicurati. Ogni cassa malati è tenuta a definire una tariffa unica (*community rating*) applicabile a tutti gli assicurati adulti di una determinata regione (le tariffe possono infatti risultare diverse nei 26 Cantoni). Inoltre è data agli assicu-

[10] *Su questo aspetto avremo modo di tornare nel prossimo paragrafo.*

[11] *Si ricorda che l'obbligo di assicurazione sul piano federale è stato introdotto nel 1996.*

[12] *Nel 2002 le compagnie attive nell'ambito dell'assicurazione malattia obbligatoria erano 93.*

[13] *Il catalogo delle prestazioni è definito per il tramite di una lista negativa.*

[14] *L'assicurato ha il diritto di scegliere una franchigia opzionale più elevata (fino ad un massimo di 1.000 Euro) in cambio di una riduzione del premio base.*

ratori la facoltà di offrire uno sconto di premio ai minorenni ed ai giovani tra i 19 ed i 25 anni. Occorre infine ricordare come l'autonomia degli assicuratori nel calcolo dei premi sia comunque limitata dall'intervento di vigilanza della Confederazione, alla quale spetta il compito di approvare o eventualmente modificare il livello delle tariffe proposte dagli assicuratori;

- per correggere l'impatto sociale di premi indipendenti dal reddito, lo Stato versa un sussidio ai cittadini e alle famiglie con reddito modesto per il pagamento della copertura obbligatoria. Nel messaggio di accompagnamento alla legge federale del 1996 il governo federale aveva esplicitato un chiaro (ancorché indicativo) obiettivo sociale: mantenere l'onere residuale dell'assicurazione malattia (cioè il premio pagato al netto dei sussidi ricevuti) per tutte le famiglie al di sotto della soglia dell'8,0% del reddito imponibile. Il finanziamento di questi sussidi è assicurato per due terzi dalla Confederazione e per un terzo dai Cantoni, attraverso la fiscalità generale. L'attribuzione dei fondi della Confederazione e la partecipazione finanziaria dei Cantoni è stabilita in base ad un sistema perequativo, che tiene conto della forza finanziaria dei Cantoni. A questi ultimi, in ossequio al federalismo, compete il compito di organizzare la distribuzione dei sussidi, decidendo le modalità di erogazione ed il livello di sussidio accordato alle diverse fasce di reddito. Nel 2001 il montante dei sussidi versato ai cittadini di condizioni economiche modeste è stato pari a circa un quinto dei premi totali incassati;
- parte delle prestazioni di base sono finanziate congiuntamente dall'assicurazione malattia obbligatoria e dallo Stato, per il tramite della fiscalità generale. In particolare per quanto riguarda i costi delle degenze ospedaliere in strutture pubbliche o d'interesse pubblico viene prescritta una partecipazione finanziaria da parte dei Cantoni e dei Comuni (almeno il 50,0% dei costi operativi e la totalità dei costi d'investimento). Ai Cantoni spetta inoltre il compito di programmare l'offerta ospedaliera, attribuendo mandati di prestazione alle varie strutture (siano esse pubbliche, private *non profit* o private *for profit*). Solo le prestazioni erogate da ospedali che figurano nella programmazione cantonale sono di conseguenza coperte dall'assicurazione malattia;
- Per equilibrare il profilo dei rischi tra le varie compagnie è stato istituito nel 1993 un fondo di compensazione tra le casse, che impone una riallocazione delle risorse tra gli assicuratori malattia in considerazione delle differenze tra il portafoglio di ciascuna compagnia e la popolazione nazionale. La compensazione avviene rispetto a due variabili da cui si presume dipendere statisticamente il costo delle prestazioni sanitarie di base: sesso ed età degli assicurati;
- Da alcuni anni possono essere stipulate in Svizzera forme particolari di assicurazione malattia, sperimentate negli Stati Uniti (HMO, PPO, *Bonus-Malus*). In cambio di uno sconto sul premio base, gli assicurati che lo desiderano (o che sono spinti a questa scelta dall'insostenibilità finanziaria del premio pieno) possono rinunciare al contratto standard in favore di una polizza che sancisce la loro adesione ad un sistema di *managed care* e che, attraverso l'introduzione di figure con il ruolo di *gatekeeper*, ne limita la libertà di scelta. Al momento attuale, in particolare nei Cantoni latini, solo una piccola minoranza dei cittadini ha rinunciato alla facoltà di scegliere senza restrizioni il proprio medico[15];
- A partire dal 1996 le casse malati, in origine istituzioni *non profit*, sono autorizzate a distribuire profitti nell'ambito delle coperture integrative. Infatti, se l'assicurazione di base è soggetta al diritto assicurativo sociale e di conseguenza non contempla la possibilità per le

compagnie di distribuire profitti, le assicurazioni integrative sono subordinate al diritto assicurativo privato e questo rende possibile, limitatamente all'attività svolta in questo settore, la distribuzione di profitti.

18.2.3 Un finanziamento della sanità complesso e fortemente iniquo

Uno degli aspetti più critici del sistema sanitario elvetico riguarda la complessità e nel contempo l'iniquità del suo modello di finanziamento. Accanto alle casse malati ed ai poteri pubblici sub-centrali (Cantoni e Comuni), che congiuntamente finanziano direttamente la spesa per le prestazioni sanitarie di base[16], intervengono nel finanziamento del sistema anche la Confederazione (che stanzia due terzi dei sussidi distribuiti agli assicurati di condizioni economiche modeste), altre assicurazioni sociali (come l'assicurazione infortuni e l'assicurazione invalidità che, rispettivamente, coprono i costi sanitari causati da infortunio e invalidità) e le assicurazioni integrative private. La struttura del finanziamento della sanità svizzera è illustrata nella Tabella 1.

La presenza di una molteplicità di enti finanziatori, così come la partecipazione dei tre livelli di governo alla spesa sanitaria pubblica, non solo rende assai intricato e complesso il modello di finanziamento elvetico, ma finisce con l'inibire la capacità del sistema di esercitare un controllo efficace sulla spesa. La Svizzera sembra in altre parole sperimentare, con particolare intensità, quelle linee generali di tendenza che Banting (2002) ha rilevato in uno studio comparato condotto su alcuni Stati federali[17].

Se da un lato il federalismo ha consentito ai governi federali di mantenere ad un livello inferiore a quello degli Stati centrali la percentuale di spesa sanitaria finanziata per il tramite della fiscalità generale, d'altro canto gli Stati federali hanno assistito negli anni '80 e '90 ad una crescita del rapporto tra spesa sanitaria e PIL statisticamente superiore alla media. Secondo Banting una delle spiegazioni plausibili di questo risultato è legata al fenomeno del *cost-shifting*, la cui probabilità è tanto più elevata quanto più è alto il numero degli enti finanziatori. In seguito all'opportunità di trasferire costi su altri enti anziché razionalizzare la spesa sanitaria globale, un sistema sanitario caratterizzato dall'intervento di numerosi enti finanziatori sembrerebbe destinato a sviluppare una minor capacità di controllo e di gestione della spesa sanitaria (sia pubblica che complessiva). Questa ipotesi appare pienamente confermata dall'esperienza della Svizzera, nazione in cui è lecito parlare di vera e propria esplosione della spesa sanitaria e sono assai frequenti i tentativi di trasferimento di oneri non solo tra i tre livelli di governo ma anche tra i poteri pubblici e l'assicurazione malattia obbligatoria.

Per quanto concerne l'equità di finanziamento, occorre infine rilevare che solo un terzo dei finanziamenti totali viene raccolto in Svizzera in modo dipendente dal reddito. I restanti due terzi del finanziamento non dipendono dalla capacità di pagare dei cittadini. Considerevole è pure la parte di spesa finanziata dai pazienti al momento del consumo. Se ci limitiamo alle prestazioni coperte dall'assicurazione malattia obbligatoria, la quota a carico degli assicura-

[15] *In alcuni Cantoni della Svizzera orientale la diffusione di questi modelli ha raggiunto la soglia del 20,0% della popolazione.*

[16] *Denominiamo "spesa sanitaria socializzata" i costi delle prestazioni sanitarie di base che, con un ammontare complessivo di 24,2 miliardi di franchi, nel 2001 hanno rappresentato poco più della metà della spesa sanitaria totale di 46 miliardi.*

Tabella 1 - Composizione del finanziamento del Sistema Sanitario Svizzero (2001)

	Mio Sfr.	In %
Finanziamento pubblico diretto (in particolare contributo di Cantoni e Comuni agli ospedali pubblici)	7.802,5	16,9%
Sussidi ai premi dell'assicurazione malattia di cittadini in condizioni economiche modeste	2.671,6	5,8%
Sussidi statali ad altre assicurazioni sociali	1.879,6	4,1%
TOTALE DELLA SPESA SANITARIA FINANZIATA PER IL TRAMITE DELLA FISCALITÀ GENERALE	12.353,7	26,8%
Assicurazione infortuni (LAINF)	1.475,3	3,2%
Altre assicurazioni sociali (AVS, AI, AM)	1.472,5	3,2%
TOTALE DELLA SPESA SANITARIA FINANZIATA PER IL TRAMITE DI PREMI PROPORZIONALI AL REDDITO	2.947,8	6,4%
Premi dell'assicurazione malattia obbligatoria	12.215,1	26,5%
Premi delle assicurazioni integrative private	4.699,9	10,2%
Partecipazione ai costi di prestazioni assicurate	2.428,3	5,3%
Spese *out-of-pocket*	11.021,2	23,9%
Altri finanziamenti privati	463,5	1,0%
TOTALE DELLA SPESA SANITARIA FINANZIATA IN MODO INDIPENDENTE DAL REDDITO	30.828,0	66,8%
Spesa sanitaria totale	**46.129,5**	**100,0%**

Fonte: Ufficio federale di statistica (2003)..

ti ammontava nel 2002 al 14,6% del totale (di cui circa il 60,0% sotto forma di franchigia e il 40,0% come partecipazione ai costi). Sommando a questi importi la spesa sanitaria esclusa da copertura assicurativa (*out-of-pocket*), la quota a carico del paziente si avvicina a un terzo della spesa sanitaria globale e corrisponde ad un importo pro-capite annuo di circa 1.195 Euro.

18.3 Linee di tendenza evidenziate dai progetti di riforma attualmente in discussione

Nel dicembre 2003, dopo due anni di accesi dibattiti, il parlamento svizzero ha respinto il progetto di modifica della legge federale sull'assicurazione malattia denominato "seconda revisione della LAMal". Due sono le chiavi di lettura possibili per questa battuta d'arresto nel processo di riforma del sistema sanitario:

- il fallimento del progetto è stato causato dall'eterogeneità e dal numero elevato degli argomenti affrontati, che hanno finito con lo scontentare, su almeno singoli aspetti, tutte le correnti politiche rappresentate in parlamento ed hanno creato le premesse per una coalizione trasversale capace di bloccare l'intera revisione della legge;
- il fallimento è dovuto ad un accorto calcolo politico, che ha abilmente tenuto conto del

ruolo giocato in Svizzera dalla democrazia diretta (in particolare dal diritto di *referendum*) ed ha anticipato il rischio che il responso popolare potesse ritardare di alcuni anni l'intero processo di riforma[18]. Il diritto di referendum, analogo ad un diritto di veto, ha infatti un effetto sospensivo sulle modifiche di legge emanate dal Parlamento o dal Governo, le quali potranno entrare in vigore solo dopo votazione popolare. Per questo motivo esso è considerato un *freno nelle mani del popolo*. Siccome almeno una delle riforme contemplate dalla seconda revisione della LAMal era fortemente osteggiata[19], all'orizzonte si prospettava comunque la bocciatura dell'intero disegno di legge, con due aggravanti: la decisione di respingere la riforma sarebbe giunta solo alla fine del 2004 ed avrebbe comportato la necessità di iniziare da capo l'iter legislativo con un nuovo disegno di legge, rimandando ogni riforma di parecchi anni.

Il governo federale, analizzando questo risultato, è giunto alla conclusione che l'esito negativo della votazione parlamentare non rimettesse in questione gli indirizzi strategici della riforma, ma necessitasse piuttosto di un cambiamento nell'approccio e nelle modalità di decisione. La novità principale del progetto presentato nella primavera 2004[20] consiste nell'*unbundling*. Gli aspetti principali della seconda revisione della LAMal vengono in altre parole riproposti, con modifiche minori, ma anziché essere integrati in un unico disegno di legge sono ora suddivisi in 6 pacchetti legislativi distinti, che dovranno essere approvati singolarmente dal parlamento e su ciascuno dei quali potrà essere eventualmente lanciato un referendum.

Lo scorporo dei singoli progetti di riforma ha il vantaggio di costringere il parlamento a trovare un consenso politico e sociale sui *dossier* più problematici, pena la loro bocciatura in sede parlamentare o di referendum. Se da un lato la trattazione separata dei *dossier* può essere favorevole al mantenimento dello *status quo* (dal momento che i gruppi penalizzati da una particolare misura non possono essere indennizzati tramite un'altro intervento legislativo che li favorisce e la cui entrata in vigore è associata all'approvazione dell'intero pacchetto), d'altro canto essa comporta un sicuro vantaggio dal punto di vista della trasparenza democratica e della ricerca di consenso politico e sociale.

Dai 6 messaggi di legge presentati dal governo si possono enucleare 2 punti principali, che riassumono gli orientamenti del processo di riforma del sistema sanitario svizzero.

18.3.1 Cambiamenti nel sistema di finanziamento e ulteriore devoluzione di poteri allo Stato centrale

Gli assi principali lungo i quali si snoda la riforma per quanto concerne l'aspetto del finanziamento sono 3 e più precisamente: (1) il rafforzamento della responsabilità individuale, (2) una semplificazione dei meccanismi di finanziamento, in particolare in ambito ospedaliero,

[18] *Le leggi federali, i decreti federali di obbligatorietà generale e i trattati internazionali di durata illimitata sottostanno al referendum facoltativo. In altre parole sono sottoposti al voto del popolo (votazione) quando ciò sia domandato da 50'000 aventi diritto di voto. Le firme devono essere raccolte entro 100 giorni dalla pubblicazione dell'atto normativo.*

[19] *Si tratta dell'abolizione dell'obbligo di contrarre, di cui si dirà più avanti nel testo.*

[20] *I dettagli del progetto sono disponibili sul sito del Parlamento svizzero:http://www.parlament.ch/i/homepage/do-dossiers-az/do-kvg2/do-kvg2-vernehmlassung.htm*

(3) la ricerca di maggior uniformità tra i Cantoni nel livello di equità verticale promosso dal sistema di sussidi agli assicurati di condizioni economiche modeste. Ecco una breve descrizione di ciascuna di questi tre linee di tendenza.

1. Nonostante la partecipazione ai costi da parte dei pazienti sia piuttosto significativa, il sistema sanitario elvetico soffre di un problema di moral hazard, dal momento che la spesa per prestazioni non necessarie o non appropriate prescritte ai pazienti o richieste da questi ultimi è considerevole. In seguito ai continui aumenti dei premi registrati negli scorsi anni (dell'ordine di grandezza di 7,0-8,0% all'anno), si è determinata una situazione paradossale: molti pazienti hanno cercato di recuperare quanto speso per il premio mediante un consumo più frequente di prestazioni mediche e farmaceutiche e in questo modo hanno finito con il contribuire a far lievitare ulteriormente i premi nell'anno successivo, innescando una sorta di circolo vizioso. Per frenare questa crescente inclinazione al consumo, il Consiglio Federale propone di inasprire dal 2005 l'aliquota di partecipazione ai costi delle prestazioni coperte dall'assicurazione di base, passando dall'attuale 10,0% al 20,0% e di elevare il livello della franchigia facoltativa dai 1.000 Euro attuali a 1.660 Euro. Al fine di evitare che questo intervento, il cui obiettivo dichiarato è incoraggiare i pazienti ad un consumo responsabile, si trasformi in un trasferimento di oneri ai danni dei malati cronici, viene mantenuta al livello attuale la partecipazione massima di 450 Euro[21]. Il Consiglio Federale si riserva inoltre la facoltà di ridurre o sopprimere la partecipazione ai costi per prestazioni particolari[22]. Per quanto riguarda l'aumento della franchigia massima, all'origine della modifica di legge troviamo la convinzione che la domanda di prestazioni sanitarie sia, come per la maggior parte dei beni, piuttosto elastica rispetto al proprio prezzo. Come attestato da un'analisi econometrica su dati svizzeri[23], nonostante l'effetto di selezione avversa riscontrato negli scorsi anni (pazienti mediamente più sani hanno optato con maggior frequenza per una franchigia più elevata), il sistema delle franchigie ha contribuito a disincentivare il *moral hazard*. Una volta corretti gli effetti di selezione, una franchigia più alta è stata infatti associata statisticamente: ad una probabilità inferiore di registrare una domanda positiva di prestazioni sanitarie e ad un consumo inferiore di prestazioni sanitarie, quando la spesa è risultata positiva.

Tra le conseguenze di questa maggior responsabilità individuale non si può fare a meno di annoverare la diminuzione della solidarietà assicurativa tra buoni e cattivi rischi. L'aumento della partecipazione ai costi determina in altre parole una minore equità, a vantaggio di uno sperato aumento nell'efficienza del sistema (attraverso l'eliminazione di consumi non neces-

[21] *In altre parole la misura determina un onere di finanziamento maggiore per quegli assicurati che, sull'arco dell'anno, spendono tra i 200 euro (l'importo della franchigia minima) e i 4.700 Euro (importo che comporta la partecipazione massima di 450 euro). Con la nuova regola la partecipazione massima viene infatti raggiunta già a partire da una fattura annua di Fr. 2.450 Euro.*

[22] *In passato l'autorità di ridurre la partecipazione ai costi si limitava alle sole cure di lunga durata e di affezioni gravi, mentre con il nuovo testo di legge verrà conferita al Consiglio Federale la competenza generica di ridurre l'aliquota di partecipazione ai costi (per esempio per i farmaci generici oppure per prestazioni erogate nell'ambito di forme di assicurazione con responsabilità budgetaria, di cui diremo al punto c).*

[23] *Cfr. Werblow, A. e Felder S. (2002).*

sari). Al già menzionato aumento dell'onere finanziario per le persone malate, che consumano prestazioni tra i 200 e i 4.700 Euro all'anno, si aggiungerà infatti un ulteriore disimpegno dalla solidarietà assicurativa da parte di quei cittadini (prevalentemente sani) che, scegliendo una franchigia di oltre 600 Euro più elevata e ottenendone in cambio una riduzione del premio base, finiranno con il sottrarre parte del proprio contributo alla solidarietà con i cattivi rischi. Infine non si può escludere il rischio che famiglie del ceto medio, per le quali (non beneficiando dei sussidi statali) i premi dell'assicurazione malattia comportano un onere finanziario gravoso, decidano di optare per franchigie facoltative elevate, per poi astenersi dal consumare prestazioni sanitarie[24] anche quando l'intervento sarebbe necessario o perlomeno appropriato.

2. Per quanto riguarda il finanziamento ospedaliero una puntuale illustrazione della situazione attuale e dei cambiamenti in atto richiederebbe di approfondire un tema particolarmente complesso e squisitamente tecnico, oltrepassando di gran lunga gli obiettivi di questo saggio. In seguito ad un articolo poco chiaro nel testo di legge del 1996, si è assistito negli anni scorsi ad una serie di sentenze del Tribunale Federale delle Assicurazioni, che hanno decretato spostamenti di oneri tra i 3 enti finanziatori coinvolti (assicurazione di base, assicuratori privati e Cantoni) ed hanno finito con il rendere piuttosto difficile la concorrenza ad armi pari tra strutture pubbliche e private. La riforma, ancora controversa ed osteggiata in particolare dalle autorità cantonali, si articola su 3 principi:

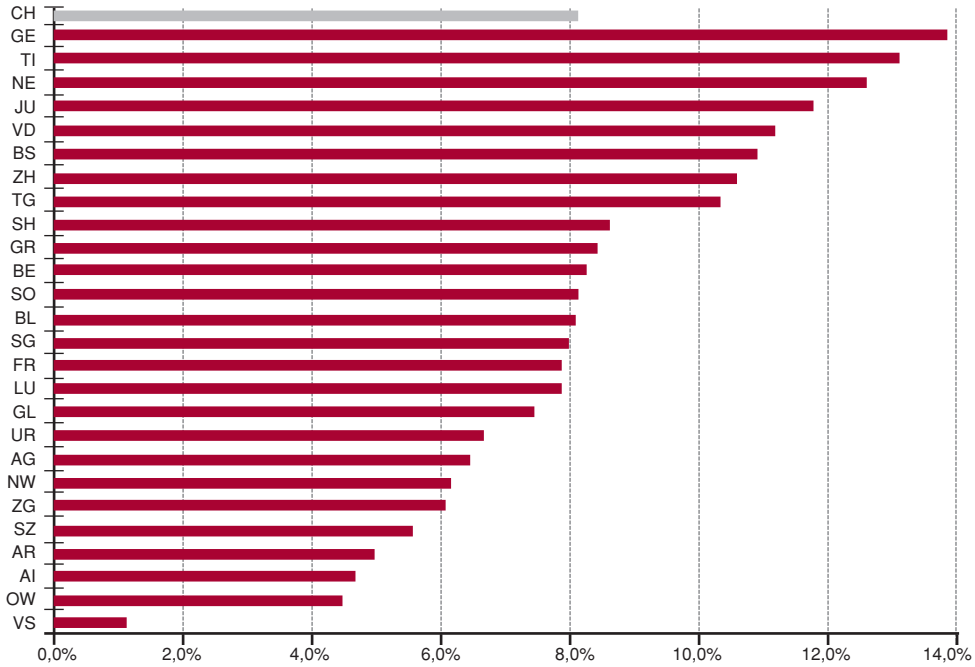
- l'unificazione delle regole di finanziamento adottate per ospedali pubblici e privati, accompagnata dall'introduzione di contratti di prestazione anche nel settore privato, il cui obiettivo è favorire la concorrenza di mercato tra le varie strutture, indipendentemente dall'assetto proprietario e dalle frontiere cantonali[25];
- una semplificazione dei ruoli svolti dai vari enti finanziatori, attualmente caratterizzati da posizioni asimmetriche: gli assicuratori malattia negoziano con gli ospedali delle tariffe – in molti casi si tratta ancora di importi forfetari per giornata di degenza[26], a parziale copertura dei costi operativi degli ospedali (al massimo il 50,0%); il Cantone assume invece la funzione di *residual claimer*, poiché è tenuto a finanziare l'ammontare dei costi operativi rimasto scoperto e la totalità dei costi d'investimento. Questo modello di finanziamento non solo è macchinoso e complesso ma pure vulnerabile al problema del *cost-shifting*. La proposta in discussione, denominata "modello duale fisso" parifica il ruolo dei Cantoni e delle assicurazioni malattia, poiché si basa sulla negoziazione di un prezzo per prestazioni a copertura dei costi completi (investimenti inclusi), che solo a posteriori verrà suddiviso tra le parti. In questo modo si riducono notevolmente i margini di manovra per il trasferimento di oneri, facendo sì che ogni euro addizionale incassato (o perso) dagli ospedali determini un onere aggiuntivo (uno sgravio) di 50 centesimi per ciascun finanziatore;
- infine è previsto il cambiamento della base di remunerazione, che passerà dal versamen-

[24] *Per esempio ritardando il contatto con il medico in caso di malattia.*

[25] *Si può parlare di passaggio dal finanziamento dell'oggetto ad un finanziamento generalizzato delle prestazioni.*

[26] *L'esito delle negoziazioni deve comunque essere approvato dall'esecutivo del cantone.*

Figura 1 - I possibili approcci all'offerta assistenziale integrata



Fonte: Balthasar, A. et al.(2003), Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen. Monitoring 2002, Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 20/03, Berna:Ufficio federale delle assicurazioni sociali.

to di un *forfait* per giornata al *forfait* per caso, computato tramite DRG[27].

3. Per quanto attiene i sussidi all'assicurazione malattia, l'obiettivo del progetto di legge è duplice: migliorare l'equità verticale relativa al finanziamento dell'assicurazione obbligatoria ed aumentare l'equità territoriale mediante una riduzione delle disparità oggi esistenti fra i Cantoni. Lo strumento utilizzato è quello di una più forte regolazione dei sistemi cantonali di distribuzione dei sussidi da parte della Confederazione. Quest'ultima sembra infatti aver riconosciuto il bilancio fallimentare dell'improbabile tentativo di conciliare equità e federalismo, dal momento che:

- in generale l'onere del premio è aumentato notevolmente in questi ultimi anni e un numero sempre minore di Cantoni rispetta oggi l'obiettivo sociale indicato dal Consiglio federale nel 1991 (che suggeriva di garantire che l'onere dei premi netti non superasse per i cittadini la soglia dell'8,0% del reddito imponibile);
- molti Cantoni forti finanziariamente hanno disatteso gli impegni perequativi, poiché il sistema consente loro, tramite un utilizzo incompleto dei fondi a disposizione per la riduzione dei premi della propria popolazione, un parziale disimpegno dalla solidarietà nei confronti

[27] *È in fase di ultimazione un sistema di classificazione dei casi iso-risorse definito per il contesto elvetico e denominato Swiss AP-DRG.*

dei Cantoni finanziariamente deboli[28];

- i 26 sistemi cantonali di riduzione dei premi si differenziano oggi fortemente fra loro, sia per il profilo tecnico che dal punto di vista dell'efficacia con cui l'obiettivo di politica sociale viene raggiunto. Come rilevato nella Figura 1, le disparità tra i Cantoni sono attualmente enormi. L'incidenza del premio al netto dei sussidi (misurata in relazione al reddito disponibile), nel caso ad esempio di una famiglia di 4 persone (2 genitori e 2 figli) con un reddito lordo annuo di 46.000 Euro, varia infatti tra l'1,5% del Canton Vallese ed il 14,0% del Canton Ginevra.

Attraverso l'introduzione di maggiori vincoli ai Cantoni, il legislatore si ripropone di correggere più efficacemente rispetto al passato l'iniquità dovuta al *community rating*, forzando i governi cantonali a distribuire i sussidi in modo tale da ottenere una relazione positiva tra onere percentuale del premio netto a carico degli assicurati e reddito dell'economia domestica, almeno fino ad una certa fascia di reddito. Questa decisione segna nel contempo un'ulteriore *devolution* di poteri dai Cantoni alla Confederazione. L'obiettivo di promuovere l'equità territoriale si scontra però con la precaria situazione in cui versano le finanze pubbliche (sia federali che cantonali) e con la mancata disponibilità della Confederazione ad aumentare in modo consistente la propria partecipazione finanziaria. Ai Cantoni verrà pertanto lasciata la libertà di definire, ciascuno per conto proprio, il tetto massimo di reddito oltre il quale decadrà l'obbligo di versare un sussidio. In questo modo si offre ai Cantoni una via d'uscita per ridimensionare l'obiettivo sociale nazionale in base alle proprie disponibilità finanziarie, ma con il risultato di rendere vano lo sforzo di promuovere l'equità territoriale e di rafforzare l'equità verticale. Se la Confederazione considerasse davvero essenziale il raggiungimento di un obiettivo sociale nazionale nell'ambito dell'assicurazione malattia, come suggerisce la teoria economica del federalismo fiscale dovrebbe fissare regole valide su tutto il territorio nazionale e nel contempo accettare di finanziare lei stessa (con fondi propri) l'intero meccanismo redistributivo.

18.3.2 La scommessa sul funzionamento della concorrenza tra assicuratori malattia

Il sistema sanitario svizzero assomiglia oggi ad un gigantesco supermarket della salute, con capacità eccedentarie sul lato dell'offerta. La dotazione di infrastrutture diagnostiche e terapeutiche non conosce confronti nel resto d'Europa ed il reddito dei medici attivi in Svizzera (in studi privati, con lo statuto di liberi professionisti) è superiore a quello percepito dai colleghi dei Paesi confinanti. La base legale attualmente in vigore obbliga le casse malati a rimborsare tutte le prestazioni mediche che, nell'ambito dell'assicurazione malattia obbligatoria e nel rispetto dei principi di qualità ed economicità, sono state effettuate da medici autorizzati ad esercitare la libera professione. L'autorizzazione ha validità cantonale, viene rilasciata da un ufficio dell'amministrazione pubblica e presuppone il semplice rispetto di requisiti formali (riconoscimento della formazione di base, continua e diritto di cittadinanza). L'*obbligo di contrarre* (questo il termine tecnico che definisce la situazione attuale) assicura a tutti

[28] *Cfr. Dafflon, B. (2002).*

i medici che dispongono del libero esercizio il diritto di aderire ad un contratto quadro con la totalità degli assicuratori malattia. Unica eccezione è rappresentata dagli assicurati che volontariamente decidono di rinunciare, almeno in parte, alla libera scelta del medico e che, in cambio di una riduzione del premio base, optano per una forma assicurativa particolare associata a modelli di *managed care (GP-gatekeeper, HMO, PPO, ecc)*[29].

Ad aggravare le conseguenze dell'obbligo di contrarre si aggiunge il fatto che le prestazioni ambulatoriali siano remunerate in Svizzera in base ad uno schema *fee-for-service*. Il 1° gennaio 2004 un tariffario unico nazionale (*denominato Tarmed*) ha sostituito i 26 tariffari cantonali, con il risultato che da quest'anno alla stessa prestazione eseguita in contesto ambulatoriale viene attribuito lo stesso numero di punti in tutta la Svizzera. La combinazione dell'obbligo di contrarre con il pagamento *fee-for-service* rappresenta un contesto particolarmente favorevole all'insorgere di fenomeni di domanda indotta dall'offerta. Una seria minaccia per la sostenibilità economica del sistema sanitario svizzero è pertanto rappresentata dalla firma degli accordi bilaterali con l'Unione Europea. Infatti, con il riconoscimento dei titoli di studio dell'UE e la libera circolazione delle persone i medici europei potrebbero ottenere senza particolari difficoltà il libero esercizio in Svizzera. Per evitare un afflusso incontrollato di medici dall'UE, nell'ambito della prima revisione della LAMal (entrata in vigore il 1° gennaio 2001) il parlamento nazionale ha attribuito al Consiglio Federale la competenza di limitare, per una durata massima di 3 anni, l'apertura di nuovi studi medici. Il 4 luglio 2002 il Consiglio Federale ha fatto uso di questo suo diritto, decretando una moratoria all'apertura di nuovi studi medici e delegandone l'applicazione ai Cantoni. Non potendo bloccare la concessione del libero esercizio, lo Stato ha deciso di non concedere a nuovi medici il diritto di fatturare le proprie prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria. Fino al 3 luglio 2005 verrà dunque a cadere l'automatismo che lega l'ottenimento del libero esercizio all'obbligo di contrarre da parte degli assicuratori malattia. La moratoria colpisce indiscriminatamente tutti i medici (svizzeri ed europei) e determina, anche se per un periodo di tempo limitato, una barriera all'entrata nel mercato, che avvantaggia i medici già in attività e che riduce la concorrenza.

Nel mese di marzo del 2004 il Consiglio federale ha messo in consultazione la proposta di soppressione dell'obbligo di contrarre. Se la riforma venisse accettata, fornitori di prestazione ed assicurazioni malattia godrebbero in futuro della facoltà di scegliere i propri partner contrattuali e sarebbero chiamati a negoziare individualmente i contenuti dei propri contratti (fra questi anche il livello e le modalità di rimborso delle prestazioni). Allo Stato (Confederazione e Cantoni) spetterebbe il compito di tutelare la sicurezza dell'approvvigionamento sanitario, stabilendo il numero minimo di fornitori che ogni assicuratore malattia sarebbe in ogni caso tenuto a mettere sotto contratto.

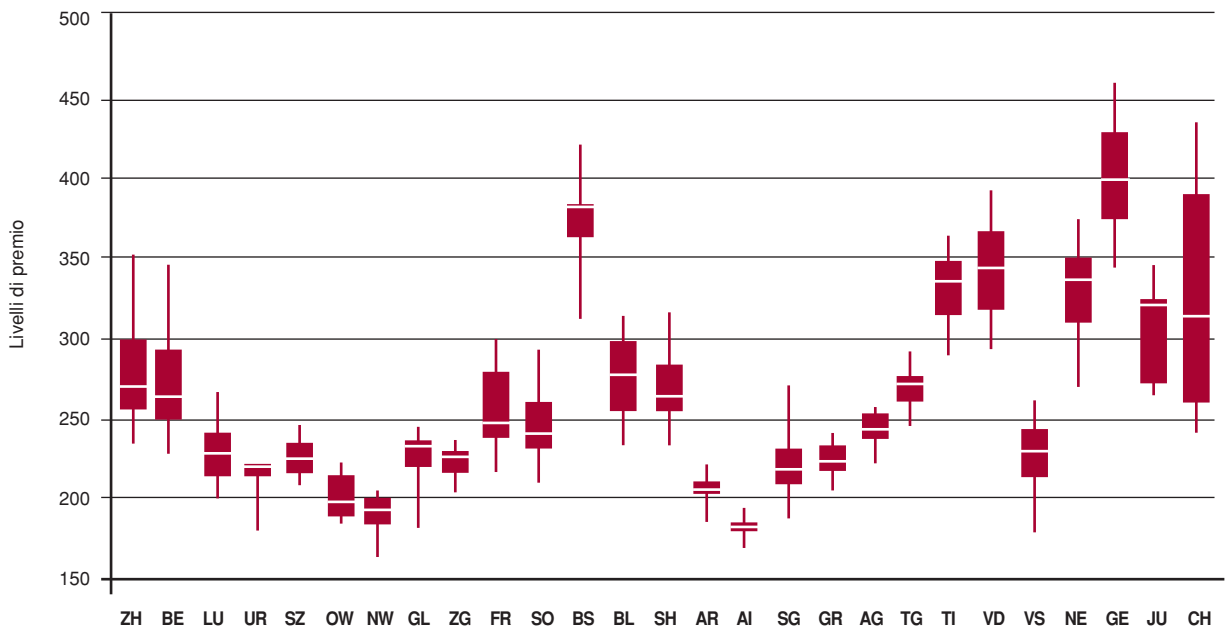
Se la liberalizzazione dei contratti sarà accettata, si consumerà in Svizzera il trasferimento di

[29] *Benché vi siano forti differenze tra i singoli cantoni nella diffusione di questi modelli (nel 2002 la percentuale di abitanti con contratti particolari variava tra lo 0,3% del Canton Uri ed il 27,5% del Canton Turgovia), a tutt'oggi il managed care ha faticato ad imporsi in Svizzera come sistema innovativo di gestione delle cure, raggiungendo sul piano nazionale una quota percentuale di poco inferiore a 8,5% della popolazione adulta.*

un'importante fetta di potere agli assicuratori malattia. Ciò dovrebbe consentire, per il tramite di un indebolimento della loro posizione contrattuale, una riduzione dei redditi dei medici e portare ad un maggior controllo della demografia medica e, grazie alla minaccia di rescissione dei contratti, ad una diminuzione del volume di prestazioni mediche non necessarie o non appropriate. Nello stesso tempo il cambiamento presenta anche parecchi rischi. Le insufficienze del mercato assicurativo (esistenza di forti asimmetrie informative, di costi di transazione elevati, di una regola non soddisfacente per quanto concerne la gestione delle riserve attuariali) rendono oggi difficoltoso il cambiamento di cassa malati per gli assicurati. Come evidenziato dal *box-plot* nella Figura 2, il medesimo contratto assicurativo è offerto (all'interno di un determinato Cantone) a livelli di premio molto diversi, senza che questo abbia in passato comportato un flusso importante di assicurati dalla cassa più cara a quella meno cara.

L'evidenza empirica suggerisce in altre parole una funzione di domanda di copertura assicurativa piuttosto inelastica rispetto al prezzo. In futuro le casse malati potranno competere, oltre che sul livello dei premi, anche su quello della qualità delle cure erogate dalla rete di fornitori con i quali hanno stipulato un contratto. Benché non si possa escludere a priori un'elasticità della domanda rispetto alla qualità più elevata di quella registrata finora nei confronti del prezzo, per le asimmetrie informative relative alla dimensione qualitativa è tutt'altro che

Figura 2 - Variabilità dei premi per l'assicurazione obbligatoria nei singoli Cantoni (2004)



Fonte: Ufficio federale della sanità pubblica (2004)

scontato che la mano invisibile della concorrenza tra assicuratori malattia sia in grado di disciplinare da sola alcuni aspetti critici della riforma e più in particolare sia capace:

- di eliminare il rischio che si scateni una competizione al ribasso dal profilo qualitativo, ottenuta offrendo un contratto ai medici disposti ad accettare forti riduzioni delle tariffe anziché a coloro che dispongono delle migliori competenze professionali;
- di evitare il rischio che la scelta dei fornitori da parte di alcune casse non si ispiri alla ricerca di un rapporto qualità-prezzo ottimale, quanto piuttosto alla volontà di operare una selezione dei rischi, escludendo dal contratto medici contraddistinti da un portafoglio di pazienti particolarmente costoso, nella speranza che essi decidano di cambiare cassa malati pur di rimanere fedeli al proprio medico;
- di riuscire a mantenere e consolidare nel tempo la pressione competitiva. Appare infatti scontata, in prospettiva futura, l'integrazione verticale di fornitori di prestazione e assicuratori malattia in altrettanti sistemi di *managed care* quante casse malati saranno in grado di sopravvivere nel mercato;
- di evitare che la rendita di cui hanno goduto i medici in passato, anziché essere trasferita ai pazienti sia "catturata" dagli assicuratori malattia e consenta la realizzazione da parte di questi ultimi di extra-profitti o un aumento dei costi amministrativi.

Bibliografia/References

Balthasar, A. et al.(2003), *Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen*. Monitoring 2002, Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 20/03, Berna:Ufficio federale delle assicurazioni sociali.

Banting, G. and Corbett S. (2002), *Health Policy and Federalism. A Comparative Perspective on Multi-Level Governance*, Montreal & Kingston:McGill-Queen's University Press.

Crivelli, L., Filippini M. e Mosca I. (2004), *Federalism and regional health care expenditures:an empirical analysis for the Swiss cantons*, Quaderno n. 04-07, Facoltà di scienze economiche, Università della Svizzera Italiana.

Crivelli, L. e Filippini M. (2003), *Federalismo e sistema sanitario svizzero*, in:Falcitelli, N., M. Trabucchi e F. Vanara (a cura di), Rapporto Sanità 2003. *Il governo dei sistemi sanitari, tra programmazione, devolution e valorizzazione delle autonomie*, Bologna:Mulino, 87-119.

Crivelli, L. (1993), *Krankenhausfinanzierung in der Schweiz - ein Überblick über interessante neue Entwicklungen*, in: Theurl E. und J. Dézsy (a cura di), *Modelle der Krankenhausfinanzierung*, Veröffentlichungen der Universität Innsbruck, 41-63.

Cutler, D. (2002), *Equità, efficiency and market fundamentals: The dynamics of international medical-care reform,* in:Journal of Economic Literature, XL (3), 881-906.

Dafflon. B. (2002), *Fédéralisme et sécurité sociale en Suisse:le cas de l'assurance maladie*, in Cattoir, De Bruycker, Dumont, Tulkens, Witte (a cura di), *Autonomie, solidarité et coopération, Quelques enjeux du fédéralisme belge*, Bruxelles:Editions Larcier, 175-209.

Muheim, D. (2003), *Caisses privées et assurances sociales:retour sur les premiers projets d'assurance maladie* (1983-1912), in: Aspects de la sécurité sociale, 4-2003, 21-28.

Ufficio federale della sanità pubblica (2004), Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2002, Bern.

Ufficio federale di statistica (2003), Kosten des Gesundheitswesens. Detaillierte Ergebnisse 2001 und Entwicklung seit 1996, Neuchâtel.

Werblow, A. e Felder S. (2002), *Der Einfluss von freiwilligen Selbstbehalten in der gesetzlichen Krankenversicherung: Evidenz aus der Schweiz*, Working paper ISMHE, University of Magdeburg.

Zweifel, P. (1988), *Hospital Finance in Switzerland, in: E.G. Furubotn e R. Richter (a cura di), Some Views on Hospital Finance: United States of America, West-Germany and Switzerland*, Center for the Study of New Institutional Economics, Saarbrücken:Occasional Papers, Vol. 1, 80-120.

Capitolo 19

Recenti sviluppi nel sistema sanitario degli Stati Uniti

Feldstein Paul J.*

19.1 Introduzione

Gli Stati Uniti hanno due mercati distinti per i servizi sanitari. Il primo è il mercato privato, ed ha una consistenza pari al 55% di 1,5 miliardi di dollari spesi nel 2003; il secondo è il mercato pubblico, e comprende le spese federali e statali in servizi sanitari, soprattutto per i poveri (*Medicaid*) e gli anziani (*Medicare*)[1]. Gli erogatori di assistenza sanitaria servono sia i pazienti con assicurazione privata sia quelli coperti da assicurazione pubblica, tuttavia, una caratteristica particolare del mercato pubblico è che il *Governo* regola i prezzi che paga agli ospedali e ai medici per i pazienti iscritti nei programmi *Medicare* e *Medicaid*.

I mercati dell'assicurazione privata e pubblica sono interrelati. Il mercato pubblico ha subito un aumento sia in termini assoluti che relativi ed è stato influenzato dall'aumento nei premi dell'assicurazione sanitaria privata. Quando il prezzo dell'assicurazione sanitaria privata aumenta, il numero delle persone prive di assicurazione aumenta anch'esso (al momento sono circa 40 milioni) e, quando queste si ammalano, diventano eligibili per il mercato dell'assicurazione pubblica (*Medicaid*). I due mercati sono anche interrelati nel senso che, quando il Governo paga i medici meno di quanto loro ricevono dai pazienti assicurati privatamente, i fornitori riallocano il loro tempo offrendo un maggior numero di servizi ai pazienti assicurati privatamente. In tal modo, i pazienti con assicurazione pubblica hanno un minore accesso all'assistenza.

Un altro elemento che influenza la dimensione del mercato dell'assicurazione pubblica è la domanda per benefici sanitari addizionali da parte di importanti sostenitori politici, come gli anziani, che rientrano nel programma *Medicare*.

I due partiti politici differiscono ideologicamente riguardo alla dimensione relativa dei mercati dell'assicurazione privata e pubblica. I Democratici hanno tentato di espandere il mercato assicurativo pubblico incrementando i benefici forniti in quei programmi, così come allargando il numero di coloro che hanno il diritto di parteciparvi. I Repubblicani hanno favorito il rafforzamento del mercato assicurativo privato, concedendo ai beneficiari di *Medicare* e *Medicaid* la scelta tra piani sanitari privati in concorrenza tra di loro. Il Governo quindi pagherebbe a questi piani privati un ammontare fisso per beneficiario e il beneficiario sarebbe auto-

* *Professor, Robert Gumbiner Chair in Health Care Management, Graduate School of Management. University of California, Irvine, California*

[1] *I dati sulla spesa nazionale dell'assistenza sanitaria sono tratti da Centers for Medicare & Medicaid Services, Office of the Actuary: National Health Statistics Group, http://www.cms.gov/statistics/nhe/*

rizzato a scegliere un piano sanitario più caro pagando una somma addizionale. Queste differenze ideologiche riguardo al ruolo del Governo sono state cruciali nel disegno di una legislazione sanitaria e nel perché una legislazione così importante non è stata attuata.
Questo contributo discute i recenti cambiamenti economici e legislativi nei mercati sanitari, sia quello privato sia quello pubblico. Gli sviluppi nel sistema sanitario USA, inclusa l'attuale legislazione sanitaria e le proposte di politica, possono essere meglio comprese alla luce della relazione tra i mercati assicurativi privato e pubblico e delle differenze ideologiche che separano i due partiti politici.

19.2 Tendenze nel mercato privato dell'assicurazione sanitaria

Il mercato privato dell'assicurazione sanitaria ha subito una trasformazione negli ultimi anni, soprattutto come risultato di due forze correlate. La prima è l'indebolimento degli approcci tradizionali di contenimento dei costi rappresentati dalla *managed care*. La seconda è il conseguente rapido aumento nei premi dell'assicurazione sanitaria. Il risultato di queste tendenze è stato un aumento nel numero dei non assicurati, cambiamenti nei tipi di prodotti assicurativi offerti, e nei metodi usati dagli assicuratori sanitari per limitare l'aumento dei costi medici.
Negli ultimi anni '90 l'espansione dell'economia statunitense ha causato delle restrizioni nell'offerta di lavoro specializzato. In un primo tempo, per contenere l'aumento nei costi dell'assistenza sanitaria, gli imprenditori contrattarono con gli assicuratori della *managed care*, i quali limitarono le loro reti di fornitori (ospedali e medici) in modo da negoziare grandi sconti nei prezzi. In seguito, questi assicuratori richiesero ai pazienti l'autorizzazione dal medico di base prima di poter consultare uno specialista e l'utilizzazione del medico e dell'ospedale era strettamente controllata. Appena il mercato del lavoro si restrinse e le imprese entrarono in competizione per acquisire i lavoratori specializzati, gli imprenditori comunicarono agli assicuratori che potevano ridurre i loro sforzi per contenere i costi. I lavoratori vollero una scelta più ampia di medici ed ospedali ed un accesso più facile agli specialisti. Appena gli assicuratori inclusero un numero più grande di medici nelle loro reti, non furono più in grado di negoziare grandi sconti sui prezzi. Diverse cause legali di successo contro assicuratori che avevano negato trattamenti sperimentali a pazienti spinse, inoltre, ad un ammorbidimento delle regole sull'accesso all'assistenza.
Una volta che gli assicuratori non furono più in grado di negoziare grandi sconti sui prezzi con i fornitori e dovettero diminuire il loro controllo sull'accesso ai medici specialisti ed ai trattamenti sperimentali, persero la capacità di limitare l'aumento nei premi assicurativi, che negli anni seguenti aumentarono rapidamente, tra il 13 ed il 20,0% l'anno.
Quando l'economia statunitense entrò in recessione nell'ultima parte del 2002, la disoccupazione aumentò, e gli imprenditori ancora una volta fecero pressioni sugli assicuratori per limitare gli aumenti dei loro premi assicurativi. Gli assicuratori non potevano però ritornare ai loro precedenti metodi di contenimento dei costi. I mercati dei medici e degli ospedali erano cambiati; non avevano più capacità in eccesso. La domanda per servizi medici era aumentata più velocemente dell'offerta e le fusioni ospedaliere incrementarono il potere di mercato degli ospedali. Gli assicuratori trovarono difficile negoziare sconti sui prezzi con i fornitori. La rivolta dei consumatori contro la *managed care* rese gli assicuratori riluttanti ad impor-

Health Savings Account (HSA)

Il datore di lavoro (o un individuo che è lavoratore autonomo) acquista una polizza per eventi catastrofici con una franchigia alta, come ad esempio 5.000 dollari, e il lavoratore riceve quindi 5.000 dollari in un conto di risparmio sanitario. La famiglia del lavoratore deve spendere 10.000 dollari prima che l'assicuratore copra tutte le loro spese mediche. In tal modo il lavoratore è esposto al rischio per 5.000 dollari. Lo HSA, che appartiene al lavoratore, può essere usato per servizi medici o, se non speso, può fruttare un interesse e trasferito al prossimo anno. Quando la persona si ritira, il denaro rimasto nel suo HSA può essere usato per altri scopi, come l'assistenza a lungo termine.

re di nuovo stretti controlli sull'utilizzazione dei servizi.
Gli assicuratori dovevano trovare nuovi metodi per controllare i costi crescenti dell'assistenza sanitaria. Attualmente, essi utilizzano due approcci per limitare l'aumento dei premi assicurativi: il primo impone una responsabilità finanziaria più grande sui pazienti, mentre il secondo cerca di rieducare i medici.
Assistenza sanitaria "*guidata dal consumatore*" è il termine usato quando i consumatori sopportano una più grande responsabilità finanziaria per l'utilizzo di servizi medici. Franchigie alte, aumento nella partecipazione al costo, e assistenza medica solo per eventi catastrofici, riducono i premi assicurativi. Una variazione delle politiche assicurative guidate dal consumatore è l'*Health Savings Account* (HSA), che era incluso come parte della storica legislazione *Medicare* emanata nel dicembre 2003.
I fautori dell'assistenza sanitaria guidata dal consumatore ritengono che l'assicurazione sanitaria sia più sostenibile poiché una più grande partecipazione ai costi riduce l'ammontare del premio. Inoltre il premio si riduce perché i consumatori hanno un forte incentivo finanziario ad essere sensibili rispetto al prezzo nel momento in cui usano i servizi, hanno una maggiore consapevolezza del costo dei servizi stessi, e li useranno in minore quantità. I critici proclamano che lo HSA scoraggerà l'assistenza necessaria e porterà benefici solo a coloro che sono in buona salute e non usano l'assistenza sanitaria. Lo HSA procura dissenso; esigendo che i malati cronici abbiano un limite imposto sul totale delle loro spese dirette, che attualmente non hanno.
L'evidenza aneddotica da parte degli assicuratori sanitari suggerisce che polizze con franchigie alte e gli HSA, con i loro premi assicurativi più bassi, si stanno dimostrando popolari tra i piccoli imprenditori e i lavoratori autonomi, gruppi che tipicamente hanno molte persone non assicurate. È, tuttavia, troppo presto per determinare quanto le polizze "guidate" dal consumatore diventeranno popolari e quanto grande sarà la loro quota dell'intero mercato assicurativo sanitario.
Il secondo approccio usato dagli assicuratori privati per limitare l'aumento nei loro premi è la medicina "*evidence-based*". Le compagnie assicurative private si sono fuse in imprese sempre più grandi ed hanno cominciato ad usare informazioni tecnologiche per analizzare grandi *data base* che contengono i dati sulle richieste dei pazienti. Basandosi su questi dati, gli assicuratori sono in grado di analizzare i protocolli di cura prescritti per specifiche diagnosi

dai medici in differenti parti del Paese assieme ai risultati ottenuti. Date le grandi variazioni esistenti nell'utilizzo medico per ogni diagnosi, la medicina evidence based offre il potenziale per forti risparmi nell'utilizzo senza ridurre la qualità dell'assistenza. Gli assicuratori tentano quindi di cambiare i modelli della pratica medica diffondendo questa informazione tra i medici partecipanti alle loro reti.
I consumatori variano per grado di responsabilità finanziaria che sono disposti ad accettare nel gestire la loro assistenza medica. Per quelli disposti ad affrontare un rischio finanziario più alto, i piani con grandi franchigie e gli HSA avranno un gradimento più alto; per gli altri, i piani di *managed care* che usano un approccio di controllo dei costi attraverso la medicina *evidence based* sarà più accettabile. Sebbene relativamente nuovi, e non ancora largamente adottati, entrambi gli approcci offrono la possibilità di abbassare l'aumento nei premi dell'assicurazione sanitaria.

19.3 Sviluppi legislativi nel mercato pubblico

La politica sanitaria nel 2003 e 2004 può essere meglio compresa all'interno del contesto dell'elezione presidenziale del 2004. Entrambi i partiti politici, i Repubblicani e i Democratici, vedono la legislazione sanitaria come un mezzo per guadagnare supporto politico, ma sono limitati nella loro generosità verso i differenti sostenitori politici a causa della notevole dimensione del deficit federale e del deficit previsto nel *Medicare Trust Fund*. Un partito politico che favorisca sostanziali aumenti nel deficit federale sarebbe considerato fiscalmente irresponsabile dal pubblico votante. Allo stesso modo, l'accelerazione della data di insolvenza del *Medicare Trust Fund* richiederebbe ai legislatori di spiegare in che modo essi salveranno *Medicare* per le future generazioni; un difficile compito politico poiché richiederebbe aumento delle imposte, riduzione dei benefici e minori pagamenti per i medici e gli ospedali.
Gli esempi seguenti illustrano come le proposte legislative nel 2003 e 2004 fossero dirette a fornire un vantaggio competitivo ad ogni partito politico così come a supportare gruppi di interesse che fornivano notevole contributi alla campagna elettorale.

19.3.1 L'assistenza Medicare per i farmaci

Nel dicembre 2003 il Congresso dispose un nuovo tipo di assistenza riguardante la prescrizione di farmaci per gli anziani (65 anni e oltre), il *Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act* del 2003 (inteso come il *Medicare Modernization Act* – MMA). Questa legge è stata il cambiamento più radicale in *Medicare* dalla sua istituzione. Quando *Medicare* fu originariamente emanato nel 1965, era stato modellato secondo un piano standard di assicurazione sanitaria privata, che non copriva la prescrizione di farmaci per pazienti extraospedalieri.
Il carico finanziario di grosse spese per farmaci da pagare di tasca propria rappresenta un particolare problema per gli anziani, che hanno il più alto consumo di farmaci. Molti anziani acquistano un'assicurazione sanitaria supplementare per coprire le loro spese per medici e ospedali non coperte da *Medicare* e il costo dei farmaci. I piani sanitari offerti dalle grandi imprese ai loro lavoratori quando vanno in pensione forniscono pure questa copertura supplementare. In aggiunta, quegli anziani che si associano ad un piano *Medicare* del tipo *managed care* ricevono la copertura per la spesa farmaceutica. Prima dell'emanazione del

nuovo programma federale *Medicare* per i farmaci, circa il 75% degli anziani aveva una qualche copertura[2]. Appena il costo dei farmaci è aumentato nel tempo, quegli anziani senza copertura per la spesa farmaceutica, tipicamente quelli a basso reddito, divennero particolarmente vulnerabili alla sofferenza finanziaria imposta dagli alti prezzi dei farmaci.
Per una piccola percentuale di anziani i costi dei farmaci sono una spesa catastrofica; al 25% di anziani è imputabile il 70% della spesa totale per farmaci della popolazione anziana[3]. Il peso finanziario per l'acquisto dei farmaci è stato per alcuni anziani così grande che non hanno potuto affrontarlo per tutti i farmaci loro prescritti. Tale costo diretto è un carico finanziario più grande di quello per un'operazione a cuore aperto, che è coperta dalla loro assicurazione *Medicare*.
Le proposte legislative sono guidate da considerazioni politiche. L'anno 2004 è un anno di elezioni presidenziali e i due partiti politici vedono l'elezione molto vicina. La popolazione anziana è un gruppo demografico importante in Florida, uno stato che ha determinato l'elezione presidenziale nel 2000 e che il presidente Bush vinse con uno scarto di meno di 600 voti. I sondaggi d'opinione mostrano che la gente crede più ai Democratici che ai Repubblicani su temi che riguardano la sanità. Il Presidente Bush ha quindi voluto emanare il beneficio della copertura farmaceutica per gli anziani in modo da eliminarlo come tema della campagna elettorale, promosso dai Democratici.
Il Presidente Bush, politicamente responsabile per il rapido aumento del deficit del bilancio federale, ha proposto un piano farmaceutico che costa 400 miliardi di dollari in 10 anni. I Democratici tentarono di escludere il Presidente dai voti degli anziani proponendo una legislazione per la copertura farmaceutica che sarebbe costata al Governo federale circa 800 miliardi di dollari in 10 anni.
Considerazioni politiche hanno anche toccato il disegno del *Medicare Modernization Act* (MMA), che di conseguenza è diventato molto complesso. Gli individui sono in grado di affrontare piccole spese; la sofferenza finanziaria più grave proviene da spese catastrofiche inaspettate. Così ogni forma di assicurazione, sia essa sanitaria, per l'auto, o per l'abitazione, dovrebbe coprire in primo luogo le spese catastrofiche. Tuttavia, se fossero coperte solo queste ultime, la maggior parte degli anziani che hanno spese per farmaci più basse non beneficerebbero della nuova legge. Quindi per motivi politici era necessario che tutti gli anziani ricevessero un beneficio, di conseguenza anche le piccole spese per farmaci furono sovvenzionate. Mentre il costo di un piano *catastrofico* è relativamente piccolo, una volta che anche le piccole spese furono incluse il costo del piano governativo aumentò pesantemente. Per limitare il costo del piano, fu quindi inserita una franchigia molto alta tra le piccole spese e la copertura *catastrofica*. Si trattò di un beneficio assicurativo che poteva essere indicato solo dai politici.
Il Presidente Bush ha avuto difficoltà nel guadagnare sostegno per il piano farmaceutico dai

[2] *John Poisal and Lauren Murray, 2001, Growing Differences Between Medicare Beneficiaries With and Without Drug Coverage, Health Affairs, March/April 2001, 20(2), pp. 74-75.*

[3] *Congressional Budget Office (CBO), 2000, Prescription Drugs: Expanding Access to Federal Prices Could Cause Other Price Changes, GAO/HEHS-00-118. Washington, D.C.: U.S. Government printing Office.*

suoi stessi legislatori che lo reputavano troppo costoso, scarsamente articolato, e non equo (tutti gli anziani, senza riguardo al reddito avrebbero ricevuto un ampio sussidio). D'altro canto, i Democratici continuarono a cercare di arricchire il piano ed aumentarne il costo.
Per assicurarsi il supporto politico dei Senatori Repubblicani, il Presidente Bush aggiunse delle caratteristiche non correlate alla copertura farmaceutica, come il permesso di deduzione dalle imposte dello *Health Savings Accounts* per i minori di 65 anni di età, che risultò interessante per i Repubblicani che volevano fornire ai lavoratori una scelta più ampia nei loro piani sanitari.
Per guadagnare un maggiore supporto politico, la legge incluse pagamenti addizionali ai fornitori *Medicare*. I medici avrebbero ricevuto parcelle più alte per i pazienti, le tariffe per gli ospedali sarebbero aumentate, gli assicuratori sanitari privati avrebbero avuto sussidi più alti per la partecipazione a *Medicare*, le grandi imprese che attualmente forniscono ai loro pensionati la copertura farmaceutica sarebbero state sovvenzionate, e si promise alle aziende farmaceutiche che i piani assicurativi privati per i farmaci, non il governo, avrebbero negoziato con loro sui prezzi dei farmaci. Una grande coalizione di gruppi di interesse fu organizzata per influenzare il Congresso ad emanare la legge a causa dei benefici che avrebbero ottenuto.
Il Senatore Kennedy, un influente Democratico in particolare su problemi sanitari, diede inizialmente la sua approvazione per l'assistenza farmaceutica *Medicare*, la qual cosa rese accettabile per gli altri Democratici di votare per questa legge. Successivamente il Senatore Kennedy ritirò il suo supporto e discusse per un'assistenza farmaceutica più comprensiva e dispendiosa. Malgrado ciò il piano ebbe voti sufficienti per passare. L'obiettivo del Senatore Kennedy era di espandere i benefici *Medicare* e di estendere il programma a gruppi di popolazione diversi dagli anziani, con l'emanazione di un nuovo beneficio *Medicare* per la copertura delle spese farmaceutiche, egli credeva che sarebbe stata solo una questione di tempo prima che pressioni politiche da parte degli anziani, stimolate dai Democratici, rendessero il nuovo beneficio di portata più vasta.
Come Repubblicano, interessato alla diminuzione del ruolo del Governo federale, il Presidente Bush ha proposto, invece, un enorme aumento nelle spese federali ma, nel tempo un abbassamento delle spese per la copertura farmaceutica, e probabilmente la regolamentazione federale del prezzi dei farmaci.
Data la complessità del disegno della nuova assistenza farmaceutica, che non inizierà prima del 2006, e con il fatto che i Democratici chiedano di renderla di portata più vasta, non è chiaro se il Presidente Bush sarà in grado di eliminare la copertura farmaceutica come un tema elettorale.
I soggetti privi di assicurazione sono un motivo di preoccupazione negli Stati Uniti. I media costantemente pubblicizzano la situazione dei non assicurati, il legislatore offre proposte per affrontare il problema, ma finora il problema diventa più grave ogni anno che passa. Il numero di non assicurati è notevole: circa 43 milioni di persone, quasi il 15,0% della popolazione, non hanno assicurazione sanitaria[4].
Malgrado tutta questa attenzione, i non assicurati potrebbero diventare un problema irrisolto.

[4] *Questa stima, tuttavia, è stata criticata poiché rappresenta il numero di persone che erano non assicurate in quel dato momento e, di conseguenza, sovrastima il numero di persone che sono non assicurate tutto l'anno.*

Sono infatti previsti grandi deficit del bilancio federale per almeno i prossimi 10 anni, sebbene con un ammontare decrescente. Quest'anno si prevede che il deficit sarà il più elevato dal 1992. Ogni proposta di assistere i non assicurati aumenterà ulteriormente il deficit federale o richiederà un aumento delle imposte, entrambi politicamente impopolari. In questo anno di elezioni ogni candidato presidenziale è cauto nel proporre nuovi programmi che aumenteranno ulteriormente il deficit.

Le persone prive di assicurazione non sono degli importanti sostenitori politici; sono dispersi tra i 50 Stati, sono generalmente giovani, appartengono a delle minoranze, hanno bassi redditi, e non sono politicamente attivi. Il supporto politico per assistere i non assicurati viene dalla classe media, che tiene la chiave di tutte le elezioni. Se la classe media fosse disposta a pagare imposte più alte per finanziare i non assicurati, i suoi rappresentanti favorirebbero questa legislazione. La classe media, tuttavia, non è disponibile a votare per aumenti delle imposte e i suoi rappresentanti votano conseguentemente.

Per assistere le persone senza assicurazione non è attualmente richiesta una nuova legislazione. Attualmente esiste *Medicaid*, un programma per metà federale e per metà statale, che finanzia l'assistenza sanitaria per coloro che sono considerati indigenti dal punto di vista sanitario. I governi dei singoli Stati possono semplicemente aumentare i livelli di ammissibilità e includere tutti i non assicurati. Agendo in tal modo, tuttavia, si richiederebbe agli stati o di ridurre le spese su altri programmi politicamente popolari, come le prigioni e l'educazione, o di aumentare le imposte[5]. Il fatto che gli Stati non aumentano le imposte o non riducono altre spese per fornire assistenza ai non assicurati rappresenta una riflessione sulle priorità dei votanti. La mancanza di fondi, tuttavia, non è la sola ragione per cui i non assicurati rimangono senza assicurazione. Molti anni fa, erano previsti notevoli surplus del bilancio federale. Ampi fondi federali erano disponibili per provvedere un programma per i non assicurati, ma ben poco fu fatto.

Differenze ideologiche tra i due partiti politici hanno impedito il passaggio della legislazione per aiutare i non assicurati; il Congresso degli U.S.A. è diventato ideologicamente diviso. Perché sia emanata una legge federale non è più sufficiente una maggioranza; a meno che la legge abbia un supporto bipartitico, il partito di minoranza può fare ostruzionismo ed impedire che sia emanata.

Precedenti approcci per assistere i non assicurati hanno comportato un'allargamento della ammissibilità e il finanziamento di programmi di assicurazione pubblica, come *Medicaid*. In anni più recenti è stato emanato il *Children's health Insurance program* (CHIP) per fornire benefici sanitari ai bambini i cui genitori avevano un reddito al di sotto di un certo livello. Programmi assicurativi pubblici, come *Medicaid* e CHIP (*e Medicare*), si basano sulla regolamentazione governativa dei prezzi per limitare aumenti nelle spese mediche del Governo. I Democratici hanno favorito l'aumento nel numero di persone ammissibili ai programmi come un mezzo per ridurre il numero di non assicurati. I Repubblicani hanno favorito "i crediti di imposta rimborsabili".

L'approccio repubblicano includerebbe i non assicurati nei piani dell'assicurazione privata ed

[5] *Gli Stati non possono andare in deficit.*

I crediti di imposta rimborsabili

Se una persona ha un debito di imposta di 5.000 dollari e il credito d'imposta rimborsabile è di 3.000 dollari, allora la persona dovrebbe indicare sulla sua dichiarazione dei redditi a fini fiscali che ha acquistato (uno specifico tipo di) assicurazione sanitaria per almeno 3.000 dollari; il suo debito d'imposta sarebbe quindi ridotto a 2.000 dollari. Se il suo debito d'imposta fosse solo di 1.000 dollari (o anche zero), egli riceverebbe un rimborso di 2.000 dollari (o 3.000) e indicherebbe che egli ha acquistato un tipo di assicurazione sanitaria approvato. (Per coloro che hanno diritto ad un rimborso, sarebbero presi provvedimenti in modo che essi non debbano attendere per ottenerlo.)

eliminerebbe la regolamentazione governativa dei prezzi dei medici e degli ospedali.
I Repubblicani sono preoccupati che l'espansione dei programmi pubblici di assicurazione avrebbe eventualmente come risultato un programma con un solo pagatore, simile al sistema sanitario canadese. I Repubblicani credono che ai Democratici piacerebbe mettere insieme i fondi che provengono da programmi assicurativi pubblici con i fondi usati dai datori di lavoro per le assicurazioni sanitarie dei loro lavoratori e usarli come la base per un sistema con un singolo pagatore. Se invece il Governo deve tassare gli individui per contribuire ad un sistema con un singolo pagatore, gli individui sarebbero più consapevoli del costo di tale programma e sarebbero più propensi a contrastarlo.
I Repubblicani credono che un mercato privato dell'assicurazione sanitaria avrebbe maggiori incentivi per l'efficienza e l'innovazione, permetterebbe una maggiore scelta ai consumatori tra diversi piani sanitari, consentirebbe loro di spendere più del loro denaro in assistenza sanitaria se lo desiderano, e in generale sarebbe più rispondente alle domande dei consumatori di quanto lo sarebbe un sistema con un singolo pagatore con limiti di spesa controllati dal Governo. Permettere agli individui di avere i propri conti sanitari, come gli HSA, e una maggiore scelta tra piani sanitari competitivi renderebbe politicamente difficile per il Governo richiedere che gli stessi individui contribuiscano a finanziare un sistema sanitario con un solo pagatore e della stessa misura per tutti.
Questa differenza ideologica tra i partiti politici sul modo in cui il sistema dell'assistenza sanitaria dovrebbe evolversi rende loro difficile mettersi d'accordo sul come i non assicurati dovrebbero essere sovvenzionati per le cure mediche - inseriti in programmi assicurativi pubblici o forniti di crediti d'imposta rimborsabili.
Sino a quando queste differenze ideologiche tra i partiti politici non saranno risolte, è improbabile che i non assicurati riceveranno un'espansione della copertura assicurativa sanitaria.

19.3.2 L'importazione parallela dei farmaci

L'importazione parallela è diventato un importante tema di legislazione sanitaria in questo anno di elezioni. Le imprese farmaceutiche statunitensi vendono i loro farmaci al Canada (ed altri Paesi) a prezzi più bassi di quelli ai quali gli stessi farmaci sono venduti al dettaglio alle farmacie negli U.S.A. Le farmacie canadesi hanno rivenduto questi stessi medicinali attraverso internet ai pazienti statunitensi a prezzi più bassi di quelli fissati dalle farmacie negli

Stati Uniti. Ci si riferisce a questa pratica come "importazione parallela". Secondo la legge U.S.A., è illegale rivendere farmaci.
Per anni, molti individui che vivono in Stati al confine con il Canada e il Messico sono andati oltre confine per comprare i loro farmaci. Lo stesso farmaco venduto in una farmacia statunitense è spesso molte volte più caro di quanto viene venduto in un altro Paese. Sino a che il volume del traffico di frontiera dei farmaci era relativamente piccolo, la *Food and Drug Administration* (FDA), che è responsabile per la sicurezza dei farmaci, era non molto interessata all'importazione parallela.
Tuttavia negli anni recenti, le farmacie canadesi stanno usando internet per vendere indietro agli Americani a prezzi più bassi farmaci originariamente venduti loro da imprese farmaceutiche statunitensi. Il volume crescente degli affari internazionali via internet ha aumentato l'interesse della FDA riguardo alla sicurezza dei farmaci così come l'interesse delle imprese farmaceutiche americane riguardo alle loro perdite di profitto quando i loro farmaci vengono venduti a prezzi più bassi al Canada e quindi reimportati negli U.S.A.
La legislazione sull'importazione parallela fu precedentemente emanata sotto l'amministrazione Clinton, soggetta al *Secretary of Health and Human Services* (HHS) che certificava che i farmaci importati erano sicuri. I primi undici Commissari della *Food and Drug Administration* FDA hanno deposto davanti al Congresso contro l'importazione parallela a causa della impossibilità della FDA di controllare in modo adeguato la qualità dei farmaci importati negli U.S.A. Così sotto le amministrazioni sia del Presidente Clinton sia del Presidente Bush, i loro rispettivi *Secretaries* of HHS hanno rifiutato di permettere l'importazione parallela per ragioni di sicurezza pubblica.
Data la grande differenza nei prezzi dei farmaci tra gli U.S.A. e gli altri Paesi, esiste un grande incentivo finanziario per persone "poco scrupolose" a defraudare i pazienti statunitensi che acquistano farmaci da farmacie estere. Agevolazioni alla produzione contraffatta, in violazione delle leggi sui brevetti, possono essere stabilite in diversi Paesi e i loro farmaci, di varia qualità, possono essere spediti a farmacie situate in altri Paesi per la successiva vendita a persone negli U.S.A. Sarebbe molto costoso controllare la qualità di tutti i farmaci spediti da Paesi esteri a persone che vivono negli Stati Uniti. La FDA ha richiesto centinaia di milioni di dollari per controllare in modo adeguato la legalizzazione su larga scala dell'importazione parallela di farmaci.
Malgrado queste serie preoccupazioni riguardo alla sicurezza dei farmaci, il Congresso U.S.A. probabilmente sta per promulgare una nuova legge sull'importazione parallela di farmaci che rimuove la necessità dell'approvazione del *Secretary of HHS*. Questa legge è l'unica importante legge in campo sanitario che ha una probabilità di essere emanata in questo anno di elezioni.
Sebbene il Presidente Bush sia contrario alla importazione parallela, questa è diventata un tale visibile tema elettorale che sta guadagnando appoggio politico da entrambi i partiti. Gli anziani hanno il più alto consumo di farmaci e i loro prezzi elevati sono un considerevole peso finanziario per quegli anziani senza assicurazione farmaceutica, così come per i non anziani che hanno malattie croniche. I racconti dei giornali e della televisione sulle privazioni imposte ad alcuni anziani dagli alti costi dei farmaci, come il dover scegliere tra i cibo e i medicinali, o dover ridurre a metà la quantità di farmaci per diminuire il loro costo, hanno

generato un allargamento dei consensi per l'importazione parallela. La disponibilità di farmaci a più basso prezzo oltre confine e il desiderio dei politici di essere visti come coloro che aiutano gli anziani hanno condotto i legislatori di entrambi i partiti a favorire la nuova legislazione che assicurerebbe l'attuazione dell'importazione parallela[6].

L'importazione parallela, anche se messa in vigore senza protezioni per la sicurezza dei farmaci, è improbabile che sia efficace nell'abbassare i loro prezzi negli U.S.A. Al fine di capire perché i tentativi dei legislatori di guadagnare il supporto politico degli anziani falliranno nel ridurre i prezzi dei farmaci negli U.S.A., è necessario conoscere il modo in cui l'industria farmaceutica fissa i prezzi dei suoi prodotti.

Le aziende farmaceutiche vendono i loro farmaci a prezzi differenti a differenti acquirenti: i prezzi dei farmaci comprati nelle farmacie a dettaglio negli U.S.A. sono molto più cari di quelli degli stessi farmaci acquistati dalle HMO e dagli altri assicuratori sanitari che forniscono la copertura farmaceutica ai loro iscritti. Inoltre, le imprese farmaceutiche caricano i prezzi più alti alle farmacie al dettaglio perché queste ultime devono tenere a disposizione tutti i farmaci coperti da brevetto. Una HMO o un assicuratore che è disposto ad includere solo uno di diversi farmaci simili nel suo formulario farmaceutico potrà negoziare un prezzo più basso di una farmacia al dettaglio, che deve averli tutti a disposizione. Un assicuratore che è disposto a indirizzare i suoi pazienti verso un farmaco sostitutivo ha un potere contrattuale più grande di un acquirente che non è in grado di farlo. È per questa ragione che alle farmacie al dettaglio vengono imposti prezzi più alti per i farmaci che acquistano.

I pazienti senza assicurazione per i farmaci al di fuori dell'ospedale (e per quei programmi *Medicaid* che non usano formulari farmaceutici) pagano il prezzo più alto per i loro medicinali quando li acquistano in una farmacia.

Le aziende farmaceutiche fissano i prezzi dei loro farmaci in modo da massimizzare i loro profitti. Per agire così, tali imprese considerano la disponibilità a pagare dell'acquirente per i loro prodotti. Tanto più alta è la disponibilità a pagare, tanto più alto sarà il prezzo. Un farmaco innovativo, senza buoni sostituti, avrà un prezzo molto alto in relazione al suo costo di produzione, che è molto basso. Un farmaco che ha uno o più sostituti avrà un *mark-up* più piccolo di prezzo sopra i suoi costi di produzione. Il costo di sviluppo di un farmaco, che molti studi recenti hanno fissato in 800 milioni di dollari, ha poco a che fare con il *mark-up* del prezzo. Con riferimento al costo dello sviluppo, se un nuovo farmaco non è migliore di uno già esistente, non può avere un prezzo più alto altrimenti i potenziali utilizzatori compreranno il farmaco già esistente.

Il concetto di disponibilità a pagare, insieme ai costi di produzione molto bassi, rende profittevole per le imprese farmaceutiche di vendere i loro farmaci a prezzi diversi a differenti Paesi. Il mercato farmaceutico U.S.A. rappresenta il 40,0% del totale mondiale delle vendite farmaceutiche, mentre il Canada rappresenta meno del 2,0% di questo totale. Il Governo canadese non è disponibile a pagare alti prezzi per i farmaci, per cui alcuni farmaci venduti negli U.S.A. non sono disponibili in Canada. Tuttavia, le imprese farmaceutiche sono dispo-

[6] *Per abbassare i loro costi farmaceutici di Medicaid, gli Stati stanno anche premendo sul Governo federale per avere il permesso di impegnarsi nell'importazione parallela.*

nibili a vendere molti dei loro farmaci al Canada a prezzi più bassi di quelli praticati negli U.S.A.; sino a quando il prezzo ricevuto eccede i suoi costi di produzione l'impresa farmaceutica può ancora trarre profitto da tali vendite.
Imporre differenti prezzi per lo stesso farmaco a differenti acquirenti con diversa disponibilità a pagare prende il nome di "discriminazione del prezzo". Un punto chiave di questa strategia di massimizzazione del profitto per le imprese farmaceutiche è che quegli acquirenti che pagano prezzi bassi per lo stesso farmaco non lo rivendano agli acquirenti che pagano prezzi più alti.
Se accade questo, allora le imprese farmaceutiche o limiteranno o fermeranno le loro vendite agli acquirenti che pagano prezzi bassi, oppure fisseranno un unico prezzo per i loro farmaci, senza tenere conto del luogo di vendita.
La summenzionata strategia di prezzo delle imprese farmaceutiche è importante per capire la politica e le conseguenze della importazione parallela.
L'acquisto di farmaci oltre confine è sempre avvenuto per quei pazienti che vivono vicino al confine canadese e messicano, per avere vantaggio dai prezzi più bassi per gli stessi farmaci di quelli venduti nelle farmacie statunitensi al dettaglio. Ma con lo sviluppo di internet, le farmacie canadesi hanno fatto grandi affari vendendo agli americani farmaci acquistati dai canadesi.
Le imprese farmaceutiche U.S.A. non continueranno a vendere i loro farmaci a basso costo alle farmacie canadesi e a permettere loro di rivenderli ai pazienti statunitensi, altrimenti il prezzo in U.S.A. cadrà in basso come il prezzo canadese. Poiché le vendite totali al Canada sono solo il 2% delle vendite mondiali, è facile per le imprese farmaceutiche americane controllare e limitare le loro vendite al Canada. Sono già apparsi nuovi rapporti sul fatto che i canadesi non sono in grado di comprare alcuni farmaci in Canada perché le loro farmacie ricevono un profitto più alto rivendendoli ai pazienti americani a prezzi più alti. Permettere una importazione parallela senza limiti avrebbe come risultato che i grossisti esteri comprino farmaci dall'Africa e da altri Paesi che ricevono grandi sconti dalle imprese farmaceutiche statunitensi e li rivendano agli U.S.A. I grandi profitti delle imprese farmaceutiche negli U.S.A., quindi, svanirebbero. Le grandi compagnie limiteranno allora semplicemente l'ammontare che esse vendono a questi differenti Paesi.
La FDA è molto preoccupata che se l'importazione parallela viene permessa e le imprese farmaceutiche U.S.A. limitano le loro vendite all'estero, farmaci contraffatti siano prodotti all'estero per essere venduti negli Stati Uniti.
L'importazione parallela è diventata un tema elettorale molto visibile perché i sostenitori sono visti come coloro che cercano di aiutare gli anziani, mentre gli oppositori sono accusati di proteggere i profitti dell'industria farmaceutica. Gli oppositori dell'importazione parallela hanno trovato difficile spiegare la loro posizione ai loro elettori anziani in un anno di elezioni. Per un politico è molto più facile difendere gli interessi degli anziani, anziché quelli delle imprese farmaceutiche. In un anno di elezioni, i proponenti dell'importazione parallela hanno un vantaggio politico competitivo.
È inverosimile che i politici siano così "*naif*" da non realizzare che se l'importazione parallela è permessa, le imprese farmaceutiche statunitensi o ridurranno le loro vendite ad altri Paesi oppure semplicemente praticheranno agli altri Paesi gli stessi alti prezzi imposti alle farmacie americane. Tuttavia, nel mentre questo accade, l'anno di elezioni 2004 sarà passato.

19.3.3 La riforma sulla cattiva condotta professionale

Entrambi i partiti politici hanno anche proposto una legislazione disegnata per aiutare i gruppi di interesse che forniscono ai legislatori contributi per la campagna elettorale. Questi benefici legislativi sono meno visibili della legislazione destinata ad aiutare il pubblico votante. La legge sulla cattiva condotta professionale è uno di questi esempi.

I premi assicurativi per proteggere i medici da cause contro la cattiva condotta professionale sono stati in rapido aumento. Questi aumenti sono stati particolarmente elevati per alcune specializzazioni mediche, come gli ortopedici e gli ostetrici. I medici, attraverso la loro associazione professionale, l'*American Medical Association*, hanno chiesto una legge federale per limitare l'ammontare che può essere concesso a pazienti danneggiati nelle loro cause legali come rimborso per "il dolore e la sofferenza". Nessun limite monetario sarebbe messo sulle spese mediche o sulle perdite economiche. Gli aumenti nei premi per la cattiva condotta professionale sono stati così alti in alcune situazioni che i medici di quelle comunità hanno deciso di andare prima in pensione, causando un problema di accesso per i pazienti.

Contro i tentativi dell'associazione medica di mettere in atto una legislazione statale o federale che limiti i risarcimenti per la cattiva condotta professionale si sono opposti gli avvocati, il cui compenso sarebbe stato influenzato in maniera inversa dai limiti sulla decisione finale della giuria. Gli avvocati proclamano che l'attuale sistema non raggiunge adeguatamente i suoi due obiettivi, vale a dire, scoraggiare la negligenza tra i medici e, secondariamente, compensare il paziente danneggiato. La legislazione che impone soltanto dei limiti sui compensi per "il dolore e la sofferenza" non indirizza verso le riforme necessarie nel sistema della cattiva condotta professionale.

La legislazione contro la cattiva condotta professionale non toccherebbe il bilancio federale ma avrebbe delle significanti implicazioni finanziarie per i medici e gli avvocati.

Il partito repubblicano supporta gli interessi economici dei medici mentre gli avvocati sono importanti sostenitori per il partito democratico. Così i senatori repubblicani stanno proponendo dei limiti ai risarcimenti per la cattiva condotta professionale mentre i senatori democratici stanno impedendo che tale legislazione sia emanata. Sebbene questa legge sia una priorità per i Repubblicani, è improbabile che possa essere portata a compimento nei prossimi anni.

19.4 La prospettiva di breve periodo

Nonostante le grandi differenze ideologiche tra i due partiti politici, senza tenere conto di chi sarà eletto Presidente e quale partito controllerà il Congresso, è improbabile che alcuna legge sanitaria che richieda significanti risorse di bilancio possa essere emanata nei prossimi anni. La dimensione del deficit federale e la sovrastante bancarotta del *Medicare Trust Fund* limiteranno ogni nuova iniziativa sanitaria federale costosa. Invece, per i prossimi anni medici e ospedali saranno certamente colpiti negativamente.

Per ridurre il deficit e posporre l'insolvenza di *Medicare*, è probabile che il Governo riduca i pagamenti ai medici e agli ospedali. Sebbene la mancanza di fondi impedirà il passaggio di nuovi programmi di assistenza per gli anziani e i non assicurati, la legislazione sanitaria continuerà ad essere in agenda. Tuttavia, i principali tipi di leggi che saranno dibattuti saranno

politiche di regolamentazione, che hanno effetti minimi sul bilancio federale.
Il partito democratico proporrà, sapendo che non sarà messo in atto, l'allargamento del *Medicare Prescription Drug Act*, recentemente emesso, in modo da coprire una più grande percentuale dei costi per i farmaci degli anziani. Essi proclameranno che il costo federale di tale programma può essere ridotto attraverso una regolamentazione dei prezzi dei farmaci.
I Repubblicani, contrari alla regolamentazione e preoccupati dell'aumento del deficit federale, si opporranno a tale allargamento. Assumendo che la legislazione sull'importazione parallela fallisca nel ridurre i prezzi dei farmaci U.S.A., i Democratici chiederanno la regolamentazione dei prezzi dei farmaci, che è certamente attraente dal punto di vista politico. Con il favorire prezzi dei farmaci più bassi i Democratici si mettono dalla parte di coloro che hanno un grande esborso di tasca propria per i medicinali, mentre si può asserire che i Repubblicani avranno la gratitudine delle imprese farmaceutiche.
I Repubblicani continueranno a premere per imporre limiti finanziari sui risarcimenti per "il dolore e la sofferenza" dovuti alla cattiva condotta professionale dei medici, mentre i Democratici si opporranno a tale legislazione per proteggere i ricchi avvocati.
Forse la previsione più sicura è che per i prossimi anni, mentre sarà focalizzata una grande attenzione sul numero dei non assicurati, poco, o niente sarà fatto per ridurre il loro numero.

Chapter 19

Recent Developments in the United States Health Care System

Feldstein Paul J.*

19.1 Introduction

The United States has two distinct medical services markets. The first is the private market, consisting of 55% of the $1,5 trillion dollars spent in 2003; the second is the public market, consisting of federal and state expenditures on medical services, primarily for the poor (Medicaid) and the aged (Medicare)[1]. Health care providers serve both private and publicly insured patients, however, a distinguishing feature of the public market is that the government regulates the prices it pays hospitals and physicians for patients enrolled in Medicare and Medicaid. The private and public insurance markets are inter-related. The public market has been increasing in both absolute and relative size and is affected by the rise in private health insurance premiums. When the price of private health insurance rises, the number of uninsured increases (currently about 40 million) and, when they become ill, become eligible for the public insurance market (Medicaid). The two markets are also inter-related in that when the government pays physicians less than what they receive from privately insured patients, providers re-allocate their time toward serving more privately insured patients. Publicly insured patients then have less access to care.

Also affecting the size of the publicly insured market are demands for additional subsidized health benefits by important political constituencies, such as the aged, who are eligible for Medicare.

The two political parties differ ideologically regarding the relative size of the private and publicly insured markets. Democrats have been attempting to expand the size of the publicly insured market by enriching the benefits provided in those programs as well as expanding the number of those eligible to participate. Republicans have favored strengthening the privately insured market by allowing Medicare and Medicaid beneficiaries a choice among competing private health plans. The government would then pay these private plans a fixed amount per beneficiary and the beneficiary would be allowed to choose a more expensive health plan by paying an additional amount. These ideological differences over the role of government have been crucial in the design of health legislation as well as why important health legislation has not been enacted.

* *Professor, Robert Gumbiner Chair in Health Care Management, Graduate School of Management. University of California, Irvine, California*

[1] *Data on the national health care expenditures from Centers for Medicare & Medicaid Services, Office of the Actuary: National Health Statistics Group, http://www.cms.gov/statistics/nhe/*

This paper discusses recent economic and legislative changes in both the private and public medical markets. Developments in the U.S. health care system, including current health legislation and policy proposals, can best be understood by understanding the relationship between the private and publicly insured markets and the ideological differences separating the two political parties.

19.2 Trends in the private health insurance market

The private health insurance market has been undergoing a transformation over the last several years primarily as a result of two related forces. The first is the weakening of managed care's traditional cost containment approaches. The second is the consequent rapid rise in health insurance premiums. The result of these trends has been an increase in the number of uninsured, changes in the types of insurance products offered, and the approaches used by health insurers to limit the rise in medical costs.

In the late 1990s the expanding U.S. economy caused shortages among skilled labor. Previously, to contain the rise in health care costs, businesses contracted with managed care insurers who limited their provider (hospital and physician) networks so as to negotiate large price discounts from participating providers. Further, these insurers required patients to receive permission from their primary care physician before they could see a specialist and hospital and physician utilization were closely monitored. As the labor market tightened and firms competed for skilled and professional workers, insurers were told by these businesses that they should relax their cost containment efforts. Employees wanted a broader choice of hospitals and physicians and they wanted easier access to specialists. As insurers included larger numbers of physicians, they could no longer negotiate large price discounts. Several successful large lawsuits against insurers for denial of experimental medical treatments to patients also led insurers to relax their rules on access to care.

Once insurers were no longer able to negotiate large price discounts with providers and they had to relax their control over access to specialists and to experimental treatments, insurers lost their ability to limit the rise in insurance premiums. Over the next several years health insurance premiums rose rapidly, between 13-20,0% per year.

As the U.S. economy entered a recession in late 2002, unemployment rose, and business once again pressured insurers to limit increases in their insurance premiums. Insurers could no longer return to their previous methods of cost containment. Hospital and physician markets had changed; they no longer had excess capacity. The demand for physician services had been increasing faster than supply and hospital mergers increased hospital's market power. Insurers found it difficult to negotiate provider price discounts. The consumer backlash against managed care made insurers reluctant to re-impose tight utilization controls.

Insurers had to find new methods for controlling rising health care costs. Insurers are currently using two approaches to limit rising insurance premiums. The first places greater financial responsibility on patients while the second tries to re-educate physicians.

"Consumer Driven" health care is the term used when consumers bear greater financial responsibility for their use of medical services. Large deductibles, increased cost sharing, and catastrophic medical benefits, reduce the insurance premium. One variation of consumer driven insurance policies is the Health Savings Account (HSA), which was included as

part of the historic Medicare legislation enacted in December 2003 (discussed below). An HSA works as follows: the employer (or an individual who is self employed) purchases a catastrophic policy with a large deductible, such as $ 5.000, and the employee then receives $ 5.000 in a health savings account. The employee's family must spend $10.000 before the insurer will cover all of their medical expenses. Thus the employee is at risk for $ 5.000. The HSA, which belongs to the employee, can be used for medical services or if not spent can earn interest and be carried over to the next year. When the person retires, the money remaining in their HSA can be used for other purposes, such as long term care.
Proponents of consumer driven health care claim that health insurance is more affordable because greater cost-sharing reduces the size of the premium. The premium is also reduced because consumers have a strong financial incentive to be price sensitive when using services, they have a greater awareness of the cost of services, and they will use fewer services. Opponents claim that HSAs will discourage needed care and benefit only those who are healthy and do not use medical care. HSA advocates disagree; claiming those who are chronically ill will have a limit placed on their total out of pocket expenses, which they currently do not have.
Anecdotal evidence by health insurers suggest that high deductible policies and HSAs, with their lower insurance premiums, are proving popular among small businesses and the self employed, groups that typically have many uninsured persons. It is, however, too early to determine how popular and how large a share of the health insurance market consumer driven health insurance policies will become.
The second approach used by private health insurers to limit the rise in their premiums is "evidence-based" medicine. Private health insurance firms have been merging into larger and larger firms and beginning to use information technology to analyze large data bases consisting of patient claims data. Based on these data, insurers are able to analyze patterns of care prescribed for specific diagnoses by physicians in different parts of the country together with patient outcomes. Given the wide variations that exist in medical utilization for any diagnosis, evidence based medicine offers the potential for large savings in utilization without reducing quality of care. Insurers then attempt to change physicians' practice patterns by disseminating this information to their participating physicians.
Consumers vary in the degree of financial responsibility they are willing to accept in managing their medical care. For those willing to take greater financial risk, high deductible plans and HSAs will gain greater acceptance. For the others, managed care plans using an evidence based medicine cost control approach will be more acceptable. Although relatively new, and not yet widely adopted, both approaches offer the possibility of lowering the rise in health insurance premiums.

19.3 Public market/legislative developments

Health policy in 2003 and 2004 can best be understood within the context of the 2004 Presidential election. Both political parties, the Republicans and the Democrats, view health legislation as a means of gaining political support. Both political parties are, however, constrained in how generous they can be to different political constituencies given the significant size of the federal deficit and the projected deficit of the Medicare Trust Fund. A political

party favoring substantial increases in the federal deficit would be considered fiscally irresponsible by the voting public. Similarly, hastening the date of the Medicare Trust Fund's insolvency will require legislators to explain how they will save Medicare for future generations; a difficult political task since it would require increasing taxes, reducing benefits, and paying hospitals and physicians less.
The following examples illustrate how legislative proposals in 2003 and 2004 were directed toward providing each political Party with a competitive advantage as well as supporting interest groups providing sizable campaign contributions.

19.3.1 A Medicare Prescription Drug Benefit

In December 2003 Congress enacted a new prescription drug benefit for the aged (65 years and older), the Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003 (referred to as the Medicare Modernization Act – MMA). This legislation was the most radical change in Medicare since its beginning. When Medicare was originally enacted in 1965, it was modeled after a standard private health insurance plan, which did not cover outpatient prescription drugs.
The financial burden of high out-of-pocket drug expenditures is a particular hardship for the aged, who have the highest use of prescription drugs. Many aged purchase supplementary health insurance to cover their Medicare hospital and physician out-of-pocket expenses and the cost of prescription drugs. Retiree health plans offered by large employers also provide such supplementary health coverage. In addition, those aged joining a Medicare managed care plan received prescription drug benefits. Prior to the enactment of the new federal Medicare prescription drug program about 75,0% of the aged had some drug coverage[2]. As the cost of prescription drugs has risen over time, those aged without prescription drug coverage, typically low-income aged, became particularly vulnerable to the financial hardship imposed by high prescription drug prices.
For a small percentage of the aged drug costs are a catastrophic expense; 25% of the aged account for 70% of total drug expenditures among the aged[3]. The financial burden of their outpatient drugs on some aged has been so great, that they cannot afford to fill their prescriptions. The out-of-pocket cost of their prescription drugs is a greater financial burden than open heart surgery, which is covered by their Medicare insurance. Legislative proposals are driven by political considerations. The year 2004 is a Presidential election year and the two political parties expect the election to be very close. The aged are an important demographic group in Florida, a state which determined the 2000 Presidential election and which president Bush won by less than 600 votes. Opinion polls show that the public trusts the Democrats more than the Republicans on health issues. President Bush wanted to enact a drug benefit for the aged to remove it as a campaign issue, which the

[2] *John Poisal and Lauren Murray, 2001, Growing Differences Between Medicare Beneficiaries With and Without Drug Coverage, Health Affairs, March/April 2001, 20(2), pp. 74-75.*

[3] *Congressional Budget Office (CBO), 2000, Prescription Drugs: Expanding Access to Federal Prices Could Cause Other Price Changes, GAO/HEHS-00-118. Washington, D.C.: U.S. Government printing Office.*

Democrats were promoting.
President Bush, politically responsible for the rapidly rising federal budget deficit, proposed a drug plan costing $400 billion over 10 years. The Democrats tried to out bid the President for the votes of the aged by proposing prescription drug legislation costing the federal government about $800 billion over 10 years.
Political considerations also affected the design of the Medicare Modernization Act (MMA), which consequently became very complex. Individuals are able to afford small expenses; the greatest financial hardship occurs from unexpected catastrophic expenses. Thus any form of insurance, whether it is medical, auto, or home insurance, should primarily cover catastrophic expenses. However, if only catastrophic expenses were covered, most of the aged who have smaller drug expenses would not benefit from the new drug legislation. Thus for political purposes it was necessary for all of the aged to receive a benefit, consequently small drug expenses were also subsidized. The cost of a catastrophic plan is relatively small; once small expenses are also included the cost of the government plan greatly increases. To limit the cost of the plan, a very large deductible was inserted between the small drug expenses and the catastrophic coverage. It was an insurance benefit that could only be designed by politicians.
President Bush had difficulty in gaining support for the drug plan from his own legislators who believed it was too costly, poorly designed, and not equitable (all the aged, regardless of income would receive a large subsidy). On the other hand, the Democrats continued to try to enrich the plan and increase its cost.
To secure the political support of Republican Senators, President Bush added features unrelated to prescription drugs, such as allowing tax deductible Health Savings Accounts for those less than 65 years of age, which appealed to Republicans wanting to provide employees with greater free choice in their health plans.
To gain additional political support, the legislation included additional Medicare provider payments. Physicians were to receive higher fees for Medicare patients, Medicare hospital payments would be increased, private health insurers were to be provided greater subsidies for participating in Medicare, large employers who currently provide their retirees with prescription drug coverage were to be subsidized, and pharmaceutical firms were promised that private drug plans, not the government, would negotiate with them over drug prices. A large coalition of interest groups was organized to lobby Congress to enact the bill because of the benefits they were to receive.
Senator Kennedy, an influential Democrat, particularly on health issues, initially gave his approval for a Medicare drug benefit, which made it acceptable for other Democrats to vote for such legislation. Subsequently Senator Kennedy withdrew his support and argued for a more comprehensive and expensive drug benefit. By then the plan had enough votes to pass. Senator Kennedy's objective is to expand Medicare's benefits and extend it to population groups other than the aged. By enacting a new Medicare drug benefit, he believed that it would just be a matter of time before political pressures by the aged, stimulated by Democrats, would make the new drug benefit more comprehensive.
As a Republican, committed to lessening the role of the federal government, President Bush proposed an enormous increase in federal expenditures and, over time to lower prescription

drug expenditures, likely federal regulation of drug prices.
Given the complexity of the design of the new drug benefit, the fact that the benefit does not begin until 2006, and Democrats' calls for making the drug benefits more comprehensive, it is unclear whether President Bush will be able to remove the drug benefit as an election issue.

19.3.2 The Uninsured

The uninsured are a cause for concern in the U.S. The media constantly publicize the plight of the uninsured, legislators offer proposals to address the problem, and yet the problem becomes more severe each year. The number of uninsured is significant; about 43 million people, almost 15% of the population, do not have health insurance[4].
Despite all this attention, the uninsured are likely to remain an unresolved problem.
Large federal budget deficits are projected for at least the next 10 years, although at a declining amount. This year the deficit is projected to be the largest since 1992. Any proposal to assist the uninsured will further increase the federal deficit or require a tax increase, either of which is politically unpopular. In this election year each Presidential candidate is cautious in proposing new programs that will further increase the deficit.
The uninsured are not an important political constituency; they are dispersed among the 50 states, they are generally young, minorities, have low incomes, and are not politically active. The political support for assisting the uninsured comes from the middle-class, who holds the key to all elections. If the middle-class were willing to pay higher taxes to fund the uninsured, their legislators would favor such legislation. The middle-class, however, are unwilling to vote for tax increases and their legislators vote accordingly.
To assist the uninsured, new legislation is not actually required. Medicaid, a federal-state matching program currently exists to fund medical care for those considered medically indigent. State governments can simply increase eligibility levels and include all of the uninsured. Doing so, however, would require the states to either reduce expenditures on other politically popular programs, such as prisons and education, or raise taxes. (States cannot run deficits.) The fact that states do not raise taxes or reduce other expenditures to provide care for the uninsured is a reflection of voters' priorities.
Lack of funding, however, is not the only reason why the uninsured remain without insurance. Several years ago, huge federal budget surpluses were forecast. Ample federal funds were available to provide a program for the uninsured and yet little was done.
Ideological differences between the two political parties have prevented passage of legislation to help the uninsured; the U.S. Congress has become ideologically divided. For federal legislation to be enacted a majority is no longer sufficient; unless the legislation has bi-partisan support, the minority party can filibuster and prevent it from being enacted.
Previous approaches to assist the uninsured have involved expanding eligibility and funding

[4] *This estimate, however, has been criticized since it represents the number of people who were uninsured at any point in time and consequently overstates the number of people who are uninsured all year.*

for public insurance programs, such as Medicaid. In more recent years a Children's health Insurance Program (CHIP) was enacted to provide medical benefits for children whose parent's income is below a certain level. Publicly insured programs, such as Medicaid and CHIP (and Medicare), rely on government price regulation to limit the rise in government medical expenditures. Democrats have favored increasing the number of persons eligible for these programs as a means of reducing the number of uninsured. Republicans have favored "refundable tax credits".

The Republican approach would include the uninsured in private health plans and eliminate government regulation of hospital and physician prices. Refundable tax credits would work as follows: if a person has a tax liability of $ 5.000 and the refundable tax credit is $ 3.000, then the person would have to indicate on their tax return that they have purchased (a specified type of) health insurance for at least $ 3.000; their tax liability would then be reduced to $ 2.000. If their tax liability were only $ 1.000 (or even zero), they would then receive a refund of $ 2.000 (or $ 3.000) and indicate they have purchased an approved type of health plan. (For those eligible for a refund, arrangements would be made so that they did not have to wait for a refund.)

Republicans are concerned that expanding public insurance programs will eventually result in a single payer program, similar to the Canadian health care system. Republicans believe that the Democrats would like to combine the funds from publicly insured programs together with the funds used by employers for their employees' health insurance and use those funds as the basis for a single payer system. If instead the government had to tax individuals to contribute for a single payer system, individuals would be more aware of the cost of such a program and be more likely to oppose it.

Republicans believe that a private health care market would have greater incentives for efficiency and innovation, allow consumers greater choice of health plans, permit consumers to spend more of their own money on medical care if they so desire, and in general be more responsive to consumer demands than would a single payer system with government controlled spending limits. Allowing individuals to have their own health care accounts, such as HSAs, and permitting greater choice between competing health plans would make it politically difficult for government to require individuals to contribute those health accounts toward a "one-size fits all" single payer system.

This ideological difference between the two political parties on how the health care system should evolve makes it difficult for them to agree on how the uninsured should be subsidized for their health care-enroll them in publicly insured programs or provide them with refundable tax credits.

Until these ideological differences between the political parties are resolved, it is unlikely that the uninsured will receive expanded health care coverage.

19.3.3 Re-Importation of Prescription Drugs

Re-importation has become an important legislative health issue this election year. U.S. pharmaceutical firms sell their prescription drugs to Canada (and other countries) at lower prices than the same drugs are sold to U.S. retail pharmacies. Canadian pharmacies have been reselling these same drugs over the internet to U.S. patients at lower prices than those

charged by U.S. pharmacies. This practice is referred to as "re-importation". According to U.S. law, it is illegal to resell prescription drugs.

For years, many individuals living in states bordering Canada and Mexico have gone across the border to buy their prescription drugs. The same drug sold in a U.S. pharmacy is often several times more expensive than when purchased in another country. As long as the volume of cross-border traffic in prescription drugs was relatively small, the Food and Drug Administration (FDA), which is responsible for drug safety, was not greatly concerned with re-importation.

In recent years, however, Canadian pharmacies are using the internet to sell lower priced drugs originally sold to Canadian pharmacies by U.S. pharmaceutical firms back to Americans. The growing volume of overseas internet business has increased the FDA's concern over drug safety as well as become a concern to U.S. pharmaceutical firms over their lost profits when their drugs are sold at a lower price to Canada and then re-imported to the U.S. Re-importation legislation was previously enacted in the Clinton Administration, subject to the Secretary of Health and Human Services (HHS) certifying that the imported drugs are safe. Eleven former Commissioners of the FDA have testified before Congress against re-importation because of the FDA's inability to adequately monitor the quality of drugs imported into the U.S. Thus under the Administrations of both President Clinton and President Bush, their respective Secretaries of HHS have refused to permit re-importation for reasons of public safety.

Given the large difference in drug prices between the U.S. and other countries, a large financial incentive exists for unscrupulous persons to defraud U.S. patients who purchase drugs from overseas pharmacies. Counterfeit production facilities, in violation of the patent laws, might be established in different countries and their drugs, of varying quality, might be shipped to pharmacies located in other countries for sale to individuals in the U.S. It would be very costly to monitor the quality of all the drugs mailed from overseas countries to individuals living in the U.S. The FDA has requested hundreds of millions of dollars to adequately monitor the legalization of large scale re-importation of prescription drugs.

Despite these serious concerns over drug safety, the U.S. Congress is likely to enact new drug re-importation legislation removing the requirement for the Secretary of HHS's approval. This legislation is the only major health legislation that has any likelihood of being enacted this election year.

Although President Bush is opposed re-importation, it has become such a visible election year issue that it is gaining bi-partisan political support. The aged have the highest use rates for prescription drugs and high prescription drug prices are a significant financial burden to those aged without prescription drug insurance, as well as to those non-aged who have chronic illnesses. The aged are likely to be at greater financial risk for their prescription drug costs than for open heart surgery, which is covered by their Medicare insurance. Newspaper and television accounts of the hardships high drug costs impose on some of the aged, such as having to choose between food and their prescriptions, or cutting their drugs in half to reduce their costs, have generated a great deal of support for re-importation. The availability of lower priced drugs across the border and politicians' desire to be viewed as helping the aged has led legislators from both political parties to favor new legislation that would

ensure re-importation can occur (To lower their Medicaid drug costs, states are also pressuring the federal government for permission to engage in re-importation).
Re-importation, even if enacted without protections for drug safety, is unlikely to be effective in lowering U.S. prescription drug prices. To understand why legislators' attempts to gain the elderly's political support will fail in reducing U.S. drug prices, it is necessary to understand how the pharmaceutical industry prices its drugs.
Pharmaceutical firms sell their drugs at different prices to different purchasers. The prices of prescription drugs purchased in retail pharmacies in the United States are much more expensive than the same drugs purchased by HMOs and other health insurers who provide drug coverage for their enrollees. Further, pharmaceutical firms charge retail pharmacies the highest prices for their drugs because retail pharmacies must carry all drug brands. An HMO or an insurer who is willing to include only one of several similar drugs in its drug formulary will be able to negotiate a lower price than a retail pharmacy, which must carry all drugs. An insurer willing to switch its patient volume to a substitute drug has greater bargaining power than a purchaser that is unable to do so. It is for this reason that retail pharmacies are charged the highest prices for the drugs they purchase.
Patients without insurance for outpatient prescription drugs (and those Medicaid programs that do not use drug formularies) pay the highest price for their drugs when purchased in a retail pharmacy.
Pharmaceutical firms price their drugs so as to maximize their profits. To do so, such companies consider the purchaser's willingness to pay for their drugs. The greater the willingness to pay, the higher the price. An innovative, breakthrough, drug with no good substitutes will be priced very high in relation to its cost of production, which is very low. A drug that has one or more substitutes will have a smaller price markup over its production costs. The cost of drug development, which several recent studies have placed at $800 million, has little to do with the price mark-up. Regardless of the cost of development, if a new drug is no better than an existing drug, it cannot be priced higher than the existing drug, otherwise potential users will buy the existing drug.
The concept of willingness to pay together with very low production costs makes it profitable for pharmaceutical firms to sell their drugs at different prices to different countries. The U.S. pharmaceutical market represents 40% of total world pharmaceutical sales. Canada represents less than 2% of total world sales. The Canadian government is unwilling to pay high prices for its drugs, thus some drugs sold in the U.S. are unavailable in Canada. However, pharmaceutical firms are willing to sell many of their drugs to Canada at much lower prices than charged in the U.S.; as long as the price received exceeds its cost of production, the pharmaceutical firm can still profit from such sales.
Charging different prices for the same drug to different purchasers who differ in their willingness to pay is called "price discrimination". A key concern of this profit maximizing strategy for pharmaceutical firms is that those purchasers who pay low prices for the same drug do not resell the drug to the purchasers who pay higher prices. If this occurs, then the pharmaceutical firms will either limit or stop their sales to purchasers who pay low prices or set a single price for their drugs, regardless of where they are sold.
The above pricing strategy of drug firms is important for understanding the politics and con-

sequences of re-importation.
Cross border purchasing of prescription drugs has always occurred for those patients living near the Canadian (and Mexican) borders to take advantage of the lower prices for the same drug sold in U.S. retail pharmacies. But with the development of the internet, Canadian pharmacies have become large businesses selling Canadian purchased drugs to Americans.
U.S. pharmaceutical firms will not continue selling their drugs cheaply to Canadian pharmacies and allow them to resell those drugs to U.S. patients, otherwise the U.S. price will fall as low as the Canadian price. Since total sales to Canada are only 2% of world sales, it is easy for American drug firms to monitor and limit their sales to Canada. News reports have already appeared about Canadians being unable to buy certain drugs in Canada because their pharmacies receive a greater profit by selling them back to U.S. patients at higher prices. Allowing unlimited re-importation would result in overseas drug wholesalers buying drugs from Africa and other countries who receive large price discounts from U.S. pharmaceutical firms and then reselling them to the U.S. The large profits pharmaceutical firms make in the U.S. would vanish. Drug companies will simply limit the amount they sell to these different countries.
The FDA is very concerned that if re-importation is permitted and U.S. drug firms limit their overseas sales, counterfeit drugs will be produced overseas to be sold to the U.S.
Re-importation has become a highly visible political issue because its advocates are viewed as trying to help the aged, while opponents are accused of protecting drug industry profits. Opponents of re-importation have found it difficult to explain their position to their aged constituents in an election year. As a politician, it is much easier to defend the interests of the aged over those of the pharmaceutical firms. In an election year, re-importation proponents have a competitive political advantage.
It is unlikely that politicians are so naïve as to not realize that if re-importation is permitted U.S. drug firms will either reduce their sales to other countries or simply charge other countries the same high prices as charged to U.S. pharmacies. However, by the time that occurs, the 2004 election will have been over.

19.3.4 Malpractice Reform

Both political parties have also proposed legislation designed to benefit interest groups who provide legislators with campaign contributions. These legislative benefits are less visible than legislation meant to benefit the voting public. Malpractice legislation is one such example.
Insurance premiums to protect physicians against malpractice lawsuits have been rapidly increasing. These premium increases have been particularly large for certain physician specialties, such as orthopedics and obstetrics. Physicians, through their professional association, the American Medical Association, have sought federal legislation to limit the amount that can be awarded to injured patients in their lawsuits for “pain and suffering”. (No monetary limits would be placed on medical expenses or on economic losses). Malpractice premium increases in some locations have been so large that physicians in those communities have decided to retire early, causing an access problem for patients.
Opposing the medical association in their attempt to have state or federal legislation enacted limiting malpractice awards are trial lawyers, whose compensation would be adversely

affected by jury award limits. Trial lawyers claim that the current malpractice system does not adequately achieve its two objectives, namely, deter negligence among physicians and, second, compensate the injured patient. Legislation that merely places limits on awards for "pain and suffering" does not address needed reforms in the malpractice system.
Malpractice legislation would not affect the federal budget but it would have significant financial implications for physicians and trial lawyers.
The Republican Party supports the economic interests of physicians while lawyers are important contributors to the Democratic Party. Thus Senate Republicans are proposing limits on malpractice awards while Senate Democrats are preventing such legislation from being enacted. Although malpractice legislation is a priority for the Republicans, it is unlikely that such legislation will be enacted in the next several years.

19.4 The short term outlook

Despite the large ideological differences between the two political parties, regardless of who is elected President and which political party controls the Congress, it is unlikely that any health legislation requiring significant budgetary resources will be enacted in the next several years. The sizable federal deficit and the impending bankruptcy of the Medicare Trust Fund will limit any new costly federal health initiatives. Instead, over the next several years hospitals and physicians are likely to be adversely affected.
To reduce the deficit and postpone Medicare's insolvency, the government is likely to reduce hospital and physician payments. Although lack of funding will prevent passage of new subsidy programs for the aged and uninsured, health legislation will continue to be on the legislative agenda. However, the major types of legislation that will be debated will be regulatory policies, which have minimal federal budgetary effects.
The Democratic Party will propose (knowing it will not be enacted) expanding the recently enacted Medicare Prescription Drug Act so that a greater percentage age of the elderly's drug costs are covered. They will claim that the federal cost of an expanded drug program can be reduced by regulating pharmaceutical prices. Republicans, opposed to regulation of drug prices and concerned with increased federal deficits, will oppose such an expansion. Assuming re-importation legislation fails to reduce U.S. pharmaceutical prices, Democrats will call for regulation of drug prices, which is likely to be politically appealing. Favoring lower drug prices places the Democrats on the side of those who have high out-of-pocket drug costs while being able to assert that Republicans are beholden to the pharmaceutical firms. Republicans will continue to press for imposing financial limits on medical malpractice awards for "pain and suffering" while claiming the Democrats are opposing such legislation to protect wealthy trial lawyers.
Perhaps the safest prediction is that over the next several years, while a great deal of attention will be focused on the number of uninsured, little, if anything will be done to reduce their numbers.

Bibliografia/References

Centers for Medicare & Medicaid Services, Office of the Actuary: National Health Statistics Group, http://www.cms.gov/statistics/nhe/

John Poisal and Lauren Murray, 2001, *Growing Differences Between Medicare Beneficiaries With and Without Drug Coverage*, Health Affairs, March/April 2001, 20(2), pp. 74-75.

Congressional Budget Office (CBO), 2000, *Prescription Drugs: Expanding Access to Federal Prices Could Cause Other Price Changes*, GAO/HEHS-00-118. Washington, D.C.: U.S. Government printing Office.

Finito di stampare nel mese di ottobre 2004 da Graphein Servizi Srl - Roma

Il CEIS (Centro di Studi Internazionali sull'Economia e lo Sviluppo) istituito nel 1987 presso la Facoltà di Economia dell'Università di Roma "Tor Vergata", promuove attività di ricerca, realizza progetti di formazione post-universitaria, organizza seminari e conferenze, stabilisce accordi di cooperazione con altre Università, istituzioni nazionali ed organismi internazionali. Le attività di ricerca, ispirate a criteri di interdisciplinarietà, si concentrano sull'analisi dell'integrazione economica europea nei processi di globalizzazione, nel ruolo delle istituzioni nella crescita economica. Il Centro attribuisce priorità allo sviluppo di metodologie e strumenti per l'analisi quantitativa dei fenomeni e delle politiche economiche. Il CEIS pubblica i research papers, le riviste trimestrali Labour e Sviluppo Economico, la collana CEIS – il Mulino, la collana CEIS – McMillan e la collana del Forum CEIS Q8.

Italpromo Esis Publishing è un'azienda leader nella comunicazione sanitaria e medico-scientifica.
Edita riviste periodiche di settore e libri, con profilo scientifico, politico-legislativo, economico, tecnico-gestionale e di informazione sanitaria, anche per il grande pubblico.
Tra i suoi partner gli Ordini nazionali dei Medici, dei Farmacisti e degli Infermieri, le maggiori Associazioni sindacali e professionali del mondo medico e sanitario, l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali del Ministero della Salute, Regioni, Aziende sanitarie locali e Ospedaliere, Università, Enti di ricerca e formazione, Aziende farmaceutiche e biomedicali, Associazioni di malati e di Cittadini, Organizzazioni no-profit.

"Sostenibilità, equità e ricerca dell'efficienza": questo il sottotitolo del Rapporto CEIS Sanità 2004.

La prima parte del Rapporto è infatti dedicata alla sostenibilità economica del sistema di tutela della salute. Anche in questa seconda edizione sono presentate le simulazioni degli andamenti tendenziali della spesa sanitaria pubblica, riferite al 2004 e al 2005.

L'attenzione si sposta poi sull'equità del sistema e sugli effetti della spesa per l'assistenza sanitaria sui bilanci delle famiglie, con inedite analisi regionali.

Un terzo elemento qualificante della presente edizione è rappresentato dall'analisi delle politiche manageriali sviluppate a livello regionale e il loro impatto sulla spesa e sull'efficienza del sistema.

Significativi, infine, i contributi del network internazionale di ricerca sulla riforma sanitaria operata in Germania, sulle politiche sanitarie in via di definizione nel Regno Unito, nei Paesi Scandinavi, in Svizzera e negli Stati Uniti.