

ALESSANDRO PETRETTO

ORGANIZZAZIONE SANITARIA, FINANZIAMENTO E INCENTIVI

SOMMARIO: 1. Introduzione. – 2. *Medical care triad* e struttura di incentivi. – 3. I modelli organizzativi nella sanità e incentivi nella produzione. – 4. *Cost-benefit* della separazione tra finanziamento e produzione in sanità. – 5. Assicurazione sanitaria, sistemi di finanziamento e incentivi. – 6. Finanziamento e incentivi in un sistema di federalismo sanitario. – 7. Sintesi e considerazioni conclusive.

1. Introduzione

Il presente lavoro propone un'esposizione sintetica di come gli incentivi incidano sul funzionamento e sui risultati di un sistema sanitario che opera in un'economia industrializzata (Petretto 2010, 2011). Sotto questo profilo la sanità e la cura della salute forniscono un "caso" di studio illuminante per esaminare l'articolazione dell'intervento pubblico in una molteplicità di agenti economici che interagiscono strategicamente tra loro. Nel mondo industrializzato l'intervento pubblico in sanità può esprimersi in numerosissime rappresentazioni e i risultati in termini di *Health care*, equità dell'accesso e soddisfacimento del diritto alla salute possono essere conseguiti con diverse tipologie organizzative, nessuna delle quali ha dunque un primato assoluto, trattandosi in ogni caso di soluzioni di *second best*.

La sanità è un settore in cui una pressione crescente si esercita sulla spesa, sia pubblica che privata, per effetto di un processo inflativo dal lato dei costi, dovuto allo sviluppo della frontiera della tecnologia medica e alla conseguente dinamica della qualità delle prestazioni, e, dal lato della domanda, per motivi demografici (Pammolli e Salerno 2008, Muraro 2011). Si tratta poi di un sistema in cui operano una moltitudine di agenti economici, con preferenze, funzioni obiettivo e interessi specifici confliggenti, per cui è illusorio cercare di ricondurre il tutto ad un *decision-making* unitario e aggregato. Di conseguenza qualunque sia l'organizzazione prescelta, il suo *outcome* è direttamente dipendente dal flusso di incentivi che si distribuiscono tra gli agenti coinvolti: sistemi *command & control* non *incentive-compatible* possono risultare, malgrado tutte le buone intenzioni, profondamente inefficienti ed

iniqui. Secondo la moderna teoria economica, i sistemi sanitari sono, in effetti, tanto più efficienti quanto più riescono a riallineare in via ottimale gli incentivi di medici, pazienti, erogatori di servizi e ente pagante in modo tale da ricondurre le prestazioni al livello di effettivo bisogno, in condizioni di costi delle prestazioni contenuti e di allocazione efficiente delle risorse tra gli agenti stessi. All'interno delle organizzazioni sanitarie sussistono condizioni di asimmetria informativa nei rapporti di agenzia che si instaurano tra superiore e subordinato che influenzano il processo decisionale. Di conseguenza, cruciale risulta l'esistenza di un efficace sistema di incentivi e di delega decisionale tali da stimolare il subordinato, dotato di una maggior spettro di informazioni, ad agire e scegliere in modo conforme agli obiettivi dell'organizzazione (Clerico 2009, cap. 1 e Zweifel et al. 2009, cap. 11).

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

Il lavoro è così organizzato. Nel paragrafo 2 viene descritto un sistema sanitario come un gioco complesso a cui prendono parte numerosi agenti per la fornitura e produzione di servizi sanitari per la cura della salute. Nel paragrafo 3 proporrò una classificazione organica se pur sintetica dei diversi modelli organizzativi, per individuare le condizioni con cui rispondono alla distribuzione degli incentivi tra gli agenti. Nel paragrafo 4, in particolare, ci soffermeremo sulla struttura di incentivi che opera all'interno delle organizzazioni industriali a seconda che il modello preveda una separazione o un'integrazione delle agenzie di finanziamento (compagnie di assicurazione o aziende sanitarie) dalle strutture deputate alla produzione e offerta di servizi (i cd. *providers*, come ospedali, cliniche e laboratori). Nel paragrafo 5 esamineremo il problema del finanziamento dei vari modelli organizzativi e dei vari sistemi di assicurazione sociale, da cui emergono altre

tipologie di incentivi da governare per il raggiungimento degli obiettivi sociali. Il paragrafo 6 considera la struttura di incentivi che caratterizza il finanziamento della sanità in un contesto federale come quello italiano. Il paragrafo 7 concluderà con alcuni commenti riassuntivi.

2. Medical care triad e struttura di incentivi

Un sistema sanitario può essere concepito come un “game”, la così detta *Medical care triad*, che coinvolge tre strutture di giocatori (Cutler e Zeckhauser 2000) (Fig. 1):

1. Gli enti finanziatori, e indirettamente i contribuenti (o assicurati)
2. I *providers* (ospedali, cliniche, laboratori di analisi, farmacie)
3. Gli utenti-pazienti, assistiti dai medici di base come ordinatori di spesa.

Le tre strutture di giocatori possono essere più o meno integrate o separate organizzativamente e istituzionalmente. In ogni caso, le interazioni tra gli agenti - giocatori avvengono sulla base di incentivi che ne determinano le strategie tendenti a massimizzare i *pay-off*. Gli utenti (blocco 3) acquisiscono dai *providers* (blocco 2) le prestazioni sanitarie, come le cure mediche di base, i servizi diagnostici, le visite specialistiche, i ricoveri ospedalieri e i farmaci, rivolte a curare uno stato di malattia, con l'intento di pervenire ad un certo livello di salute individuale. Quest'ultimo non dipende, tuttavia, direttamente ed esclusivamente dalle prestazioni sanitarie, quanto da un processo produttivo che avviene all'interno del nucleo familiare, a sua volta inserito in un contesto sociale, che dipende, in modo rilevante, dalle condizioni ambientali, dal livello delle conoscenze, dallo stile di vita, dalla cultura ecc.

Le prestazioni sanitarie sono beni di natura privata, in quanto rivali e ed escludibili, ma non sono beni di consumo diretto, come il pane e il vino, essendo piuttosto input intermedi del processo produttivo che determina il livello di salute (Hurley 2000, Zweifel et al. 2009, cap. 3, Anderson e Grossman 2009). Nondimeno, il consumatore-utente formula, perlopiù tramite il medico di base, una domanda individuale di prestazioni. In particolare, la quantità desiderata di una prestazione si ottiene uguagliando il *beneficio marginale* della cura che si persegue con questa prestazione al *costo di opportunità* della stessa. Il beneficio marginale è una misura della disponibilità a pagare per una prestazione, ed è data dall'utilità marginale della stessa ponderata con un indicatore di “appropriatezza”, che riflette la produttività della cura.