

Organizzazione e gestione dell'assistenza diabetologica

Il decentramento in sanità: lezioni dall'economia pubblica

Marco A. Comaschi

Dipartimento di Emergenza e Accettazione Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino, Genova

Il grado più appropriato di decentralizzazione dei poteri politici è una delle più importanti questioni irrisolte della strategia della maggior parte dei sistemi sanitari. A un lato estremo si colloca il *National Health Service* (NHS) britannico in cui l'autorità centrale stabilisce la maggior parte delle scelte, lasciando alle autonomie locali ben poco spazio di manovra riguardo alla natura del finanziamento dei servizi; all'altro estremo si trovano gli USA dove esiste una vasta rete di acquirenti e fornitori diffusi in tutto il Paese, con una politica centrale di modestissimo impatto.

La difficoltà di governare dal centro un servizio sanitario ha indotto molti sistemi a esplorare le potenzialità del decentramento del potere a livelli inferiori di autorità di governo. Sistemi tradizionalmente simili al NHS britannico, come quello spagnolo e quello italiano, hanno devoluto le politiche sanitarie a regioni che coprono popolazioni di più o meno tre milioni di abitanti. Nel Regno Unito i sistemi gallese, scozzese e nordirlandese stanno iniziando a inserire la devoluzione (1) e nel 2003 si è introdotta la decentralizzazione anche in Inghilterra (2). Per contro, paesi come la Norvegia e il Portogallo muovono in direzione opposta e tendono a una progressiva centralizzazione (3). Comunque va sottolineato come, anche in modelli ad alta devoluzione periferica locale, i governi centrali tendono a mantenere, in varie forme, considerevoli poteri di supervisione e regolazione e restano attive importanti tensioni sul dove si debbano fissare i confini del bilanciamento delle responsabilità del sistema sanitario (4).

Gli economisti hanno sviluppato una vasta letteratura sull'argomento della decentralizzazione dei servizi

pubblici, di solito riportata sotto il titolo del "federalismo fiscale" (5). In realtà non esistono molti dati bibliografici internazionali sulle implicazioni del federalismo fiscale sulle strategie programmatiche di un sistema sanitario. Sembra opportuno, in questa analisi, focalizzarsi su tre punti chiave: le differenze che possono sorgere nei sistemi sanitari con il decentramento, il ruolo dell'informazione e le necessità di un coordinamento dei servizi decentrati. Il principale contributo che i modelli economici possono offrire è quello di una cornice entro la quale pensare al decentramento, piuttosto che fornire ricette di politica sanitaria. La discussione in questo campo è abbastanza vasta e riguarda soprattutto i sistemi di acquisto dei servizi di tutela della salute. In pratica, i *providers* locali - e in particolare gli ospedali - sono spessissimo il punto chiave dei sistemi locali e la funzione degli acquisti è particolarmente debole. Ciò riflette una sostanziale carenza economica dei governi locali, per i quali invece la funzione delle acquisizioni dovrebbe rappresentare il maggior coinvolgimento.

Che cos'è il decentramento in sanità?

Il decentramento in sanità non è facile da definire puntualmente. In linea di massima si può affermare che si tratta del trasferimento dei poteri da un'autorità centrale (tipicamente il governo nazionale) a istituzioni locali, con una varietà infinita di sfaccettature. Saltman (6) cita quattro tipologie di decentramento: delega, decentramento, devoluzione e privatizzazione. La delega trasferisce la responsabilità a un livello inferiore di organizzazione, il decentramento a un livello

inferiore di tipo amministrativo, la devoluzione a un livello inferiore di tipo politico mentre, infine, la privatizzazione prende spazio quando i compiti sono trasferiti dalla proprietà pubblica a quella privata. In questa sede si tenterà di valutare soltanto la prospettiva di tipo economico e in particolare due aspetti che appaiono essere comuni a tutti i tipi di decentramento: il trasferimento dei poteri finanziari e quello del potere politico.

Il grado di autonomia di cui vengono fornite le amministrazioni locali sul come possono recuperare e usare i finanziamenti è il *focus* centrale di ogni decisione nelle politiche di decentramento. A un lato estremo esse possono essere assegnatarie di un budget prefissato dal governo nazionale - senza alcuna possibilità di gestire un'autonomia impositiva - e in tal modo le autorità locali diventano solo quelle che decidono un particolare modello di erogazione dei servizi all'interno del monte finanziario assegnato. All'altro estremo i governi locali possono essere totalmente liberi di utilizzare ogni tassazione locale che scelgono e di stabilirne anche ogni livello e tipo, compresa anche, eventualmente, la compartecipazione alla spesa da parte del consumatore che di fatto rappresenta una vera e propria "tassa sulla malattia". In maniera speculare, i governi locali possono avere a un estremo assoluta autonomia decisionale sulle politiche sanitarie da adottare, oppure essere soggette a una forte regolazione centrale e diventare quindi dei meri esecutori delle volontà centrali. Nel campo dei servizi sanitari i governi centrali quasi invariabilmente insistono su alcuni standard minimi "certi", spesso sotto forma di "pacchetti base". Le autorità locali possono quindi essere libere al massimo di aumentare tali "pacchetti base" o di modificare le eventuali compartecipazioni degli utenti e qualsiasi modificazione delle norme nazionali si traduce invariabilmente in variazioni delle tasse locali. In Italia la riforma del Titolo V della Costituzione ha decentrato il servizio sanitario e, parzialmente, anche quello dei finanziamenti al livello dei governi regionali, ma il governo nazionale ha definito la lista del numero minimo di servizi che debbono essere forniti da ogni sistema regionale (i cosiddetti LEA, Livelli Essenziali di Assistenza), come minimo standard, sia per l'intera popolazione, sia per alcuni sottogruppi (bambini, anziani, ecc.). Ogni regione può raffinare e incrementare tale elenco ma i trattamenti definiti a livello nazionale debbono obbligatoriamente essere forniti. Un'attenta valutazione della

riforma italiana fa capire chiaramente che la reale autonomia delle regioni nella modificazione del sistema impositivo è severamente limitata. L'analoga riforma spagnola è andata molto oltre, con la devoluzione reale di quasi tutti i poteri alle regioni. Il ruolo dell'autorità centrale è soprattutto rimasto nella discrezionalità della suddivisione delle risorse finanziarie tra le regioni stesse.

L'impatto del decentramento dipende anche in larga misura dalle regole che governano l'accesso del cittadino ai servizi sanitari. In Italia ogni regione è libera di scegliere il livello di competizione tra *providers* pubblici e privati; ciò si è tradotto in alcune regioni nella totale libertà del cittadino di scegliere qualsiasi fornitore (Lombardia), mentre in altre la concorrenza è praticamente inesistente (Emilia Romagna). Se i pazienti sono totalmente liberi di accedere a servizi offerti indifferentemente dal pubblico o dal privato e il governo regionale deve rimborsare comunque sulla base di tariffe nazionali, può accadere che ci sia poco incentivo allo sviluppo di politiche locali di miglioramento dei servizi laddove, d'altra parte, una sorta di obbligatorietà per i pazienti a servirsi del *provider* "protetto" pubblico può avere serie implicazioni sul diritto di scelta e sul sistema della concorrenza. Lasciata senza controllo, questa situazione conduce a enormi variabilità nei servizi locali e anche alle tassazioni e a una notevole "emigrazione" di cittadini dalle aree più svantaggiate a quelle maggiormente attrezzate. Pertanto i governi nazionali, invariabilmente, mettono in atto sistemi di "aiuti/solidarietà" che costituiscono di fatto uno dei maggiori introiti per le autorità locali. Infatti essi costituiscono in realtà un trasferimento di risorse dalle aree ricche e a basse necessità sanitarie verso quelle più povere e ad alti bisogni sanitari e la loro finalità è quella di consentire ai governi locali di fornire i livelli standard delle cure con livelli altrettanto standardizzati di tassazione e compartecipazione da parte degli utenti (7).

La prospettiva dell'economia pubblica sul decentramento

L'economia pubblica si occupa dei beni pubblici e del loro finanziamento. Un bene pubblico è quello che un mercato competitivo da solo non è in grado di fornire pienamente, in linea con i desideri della società ed è chiaro che la tutela della salute rientra appieno in que-

sta categoria. Il tema da chiarire è quindi il seguente: dato che la conduzione del sistema sanitario rappresenta una responsabilità di governo, quando e come i governi nazionali dovrebbero condividere questo potere con le istituzioni locali? Il principio base è che poiché i benefici di alcuni generi di beni pubblici sono goduti dai residenti, perlomeno fino a un certo punto, siano le popolazioni locali a dover determinare la natura di questi beni e servizi. Esiste una serie di argomenti economici in favore del decentramento.

L'informazione. I governi nazionali non sono in grado di comprendere tutte le opportunità e i problemi che influenzano le forniture di servizi locali. Essi potrebbero tentare di imporre soluzioni manageriali in realtà inappropriate e inapplicabili su scala locale e, al contempo, potrebbero essere poco sensibili alle variazioni della domanda di salute al di fuori dal range medio nazionale.

Le preferenze. I governi locali possono rispondere a preferenze locali e tentare di disegnare servizi che riflettono priorità tipicamente locali. Le elezioni sono lo strumento usuale per l'espressione di queste preferenze e un certo grado di libertà nello stabilire le priorità viene considerato generalmente un prerequisito per un vero e proprio governo locale.

Coordinamento locale. Molti beni pubblici - e in special modo la sanità - richiedono un coordinamento locale di numerose entità, siano esse del volontariato che delle istituzioni. I governi regionali o comunque locali sono quelli meglio attrezzati per organizzare i coordinamenti necessari.

Efficienza. Le giunte locali sono a stretto contatto con la realtà e con i cittadini e dovrebbero essere in grado di identificare ed eliminare le fonti delle inefficienze. Più in generale le popolazioni locali sono più disponibili a rendersi parte attiva nell'incoraggiare servizi efficienti, specialmente se sono le loro tasse a finanziarli.

La responsabilità. Per gli economisti il concetto di responsabilità (*accountability*) è strettamente correlato all'efficienza allocativa delle risorse e riflette l'idea che coloro che beneficiano di un bene o di un servizio dovrebbero averne poi le conseguenze finanziarie (8). Sotto questo punto di vista il decentramento del finanziamento di beni pubblici locali può contribuire all'efficienza economica.

Equità. I governi locali sono in posizione migliore rispetto a quello centrale per assicurare che le risorse siano allocate in modo equo all'interno del territorio di loro competenza.

Innovazione. I governi locali dovrebbero essere più disponibili a sperimentazioni innovative.

Competizione. Le autonomie locali possono efficacemente competere tra loro nel provvedere servizi efficienti; si può persino creare un "mercato" tra governi locali che offrano diversi pacchetti di servizi, con differenti compartecipazioni da parte degli utenti e anche con quote di tassazione diverse (9).

Cionondimeno esistono anche argomenti in favore della centralizzazione, alcuni dei quali contraddicono quelli appena elencati.

L'informazione. Le asimmetrie informative tra il centro e la periferia possono portare ad esiti meno buoni in fase di decentramento. Per esempio, fornitori e acquirenti dei beni pubblici potrebbero coalizzarsi nel cercare di ottenere più finanziamento statale, lamentando bisogni più elevati piuttosto che correggere le inefficienze. Questo meccanismo appare molto rilevante soprattutto in quelle situazioni nelle quali il finanziamento statale si basa sulla spesa storica della regione.

Le economie di scala. I governi centrali in genere possono ottenere beni a minor prezzo rispetto a quelli locali. Questa è stata per molto tempo una delle ragioni addotte per mantenere la centralizzazione del NHS britannico.

Le esternalità. Le interdipendenze delle amministrazioni locali possono influire tra di loro con interventi sanitari che influiscono su popolazioni afferenti a regioni diverse. Le campagne vaccinali sono l'esempio più concreto e in questo campo la pertinenza centrale appare migliore.

L'equità. L'estrema variabilità che si può verificare in un decentramento spinto può portare a compromettere seriamente i principi di equità.

La concorrenza. Un eccesso di concorrenzialità tra le regioni può essere più dannoso che benefico, soprattutto se tale competizione riguarda le possibilità di tassazione, con il rischio di ridurre la capacità di fornitura dei servizi.

Decentramento ed esternalità

Il ruolo fondamentale dei governi centrali nei modelli citati è l'assicurare che i servizi pubblici gestiscano gli effetti delle esternalità che sarebbero altrimenti ignorati dalle giurisdizioni locali. Esempi importanti di tali effetti si ritrovano pressoché in ogni sistema sanitario e sono la ragione del persistente e generalmente forte

intervento centrale. Essi includono:

- la formazione clinica e la ricerca. Lasciati a se stessi i governi locali probabilmente si sentirebbero liberi di non occuparsi della formazione e della ricerca che lascerebbero ad altri *providers*, con il risultato di una cronica sottoproduzione;
- la salute pubblica. Data anche la forte mobilità delle popolazioni, esiste la possibilità che le istituzioni locali ignorino azioni come la promozione della salute e la prevenzione che danno risultati solo nel lungo periodo;
- i flussi informativi. Solo un'autorità centrale è in grado di specificare e richiedere la raccolta di dati comparativi, necessari per le decisioni del potere politico, per i gestori dei beni pubblici e anche per gli elettori.

Il governo statale ha un certo numero di strumenti regolatori disponibili, riconducibili a quattro categorie di azioni: la centralizzazione dei servizi, regole e standard centrali, i report di performance e infine incentivi finanziari e non. Di fatto lo stato potrebbe centralizzare tutti i poteri. È auspicabile che funzioni come la formazione clinica e la ricerca siano organizzate direttamente a livello centrale, ma per la fornitura di servizi direttamente ai pazienti la funzione locale appare assolutamente insostituibile. Pertanto, sembra più opportuno porre la massima attenzione sulla definizione a livello centrale di regole e standard per i servizi locali (10). Nel Regno Unito gli standard hanno preso la forma di Linee Guida promulgate dal *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) e dal *National Service Frameworks*, mentre in Italia e in molti altri paesi essi hanno l'aspetto di pacchetti di cura di base nazionali (LEA). L'efficacia di tutti questi strumenti è direttamente proporzionale all'aderenza ottenuta, alle sanzioni comminabili a chi non si attiene agli standard e al grado di possibilità che hanno i singoli cittadini/utenti di valutare l'aderenza dei servizi resi.

La pratica dei report delle performance sta diventando sempre più diffusa, con l'obiettivo dichiarato di incoraggiare la competizione all'eccellenza e a ridurre le disparità. La pubblicazione delle performance senza dubbio può contribuire al dialogo democratico e, forse, può anche aiutare il governo centrale a individuare e riconoscere i punti che necessitano di attenzione e correzione.

Gli incentivi finanziari possono assumere diverse forme. La letteratura tradizionale sul federalismo fiscale considera tre tipi di incentivazioni: la concessione di

somme incondizionate *una tantum*, la concessione di finanziamenti incondizionati ma in competizione e infine la concessione di somme condizionate a un risultato o a un servizio da provvedere (7). I sistemi ospedalieri sono stati il luogo delle sperimentazioni più estensive per quanto riguarda i modelli di finanziamento, come per esempio i budget predeterminati oppure il sistema dei *Diagnosis-Related Group* (DRG). Il primo tende a scoraggiare i trattamenti, mentre il secondo può effettivamente stimolare un eccesso di cure, al di là del livello ottimale. Infatti oggi molti ricercatori economici chiedono l'introduzione di sistemi misti, in parte bloccati e in parte correlati ai DRG per le istituzioni locali, come attualmente accade in Norvegia (11).

Conclusioni

Il livello adeguato del decentramento in sanità è un argomento di difficile giudizio che coinvolge una serie di obiettivi tra loro spesso divergenti. La visuale degli studiosi dell'economia pubblica può in qualche misura influenzare il dibattito ma riesce con grande difficoltà a orientare le scelte. È d'altra parte auspicabile che un sistema ottimale di tutela della salute debba combinare un forte ruolo centrale di supervisione che stabilisca gli standard e fornisca i sistemi informativi, con un altrettanto forte ruolo locale che consenta ai bisogni di esprimersi e che promuova la responsabilità dei servizi forniti. È difficile vedere come un tale *mix* possa essere ottenuto nella realtà, piuttosto che in teoria, senza un robusto sistema di democrazia locale e un certo grado di autonomia finanziaria. Sarà davvero interessante vedere come sistemi tradizionalmente centralizzati come quello britannico e soprattutto quello italiano riusciranno nei loro dichiarati obiettivi di decentramento.

Bibliografia

1. Pollock A. Devolution and Health: Challenges for Scotland and Wales. *BMJ* 318: 1195-1198, 1999.
2. Department of Health. Keeping the NHS local - a new direction of travel. London, 2003.
3. WHO European Observatory. Health care in transition: Country profiles. Copenhagen, 2003.
4. Lazar H, Banting K, Boadway R, et al. Federal-provincial relations and health care: Reconstructing the partnership. Commission on

- the future of health care in Canada. Ottawa, 2002.
5. Oates W. An essay on fiscal federalism. *Journ of Economic Literature*, 37: 1120-1149, 1999.
6. Saltman R, Bankauskaite V, Vrangbabaek K. Decentralization in health care: Strategies and outcomes. WHO European Observatory. Brussels, 2003.
7. King DN. *Fiscal Tiers: The economics of multilevel government*. George Allen and Unwin, London, 1984.
8. Barnett RR, Levaggi R, Smith P. Accountability and the poll tax: The impact on local authority budgets of the reform of local governments finance in England. *Financial Accountability and Management* 7: 209-228, 1991.
9. Shleifer A. A theory of yardstick competition. *Rand Journal of Economics* 16: 319-327, 1985.
10. Petretto A. On the cost-benefit of the regionalisation of the National Health Service. *Economics of Governance* 1: 213-232, 2000.
11. Biorn E, Hagen T, Iversen T, et al. The effect of activity-based financing on hospital efficiency. *Health Care Management* 6: 271-283, 2003.

