

PRESTAZIONI SANITARIE OSPEDALIERE

Roma, 26 giugno 1998

Presidente del Senato
On.le Nicola MANCINO

Presidente della Camera dei Deputati
On.le Prof. Luciano VIOLANTE

Presidente del Consiglio dei Ministri
On.le Romano PRODI

Ministro della Sanità
On.le Rosaria BINDI

L'Autorità ha ricevuto numerose segnalazioni concernenti possibili profili distorsivi della concorrenza tra operatori sanitari nel campo delle prestazioni sanitarie ospedaliere e di diagnostica di laboratorio.

Tutte le parti che hanno inoltrato le segnalazioni, indipendentemente dalla loro natura - case di cura, laboratori di diagnostica, studi medici, singoli assistiti -, lamentano che le scelte normative e attuative, queste ultime poste in essere soprattutto dalle Regioni in relazione alla riforma sanitaria introdotta dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni (sistema normativo qui di seguito indicato come "*d.lgs. 502/92*"), limitano in misura grave e ingiustificata l'offerta (da parte degli operatori) o la fruizione (da parte degli assistiti) delle prestazioni sanitarie, in violazione dei principi ispiratori della riforma e delle regole di libera concorrenza.

In particolare, l'oggetto delle segnalazioni pervenute all'Autorità riguarda: (i) la limitazione dell'accesso al mercato delle prestazioni sanitarie offerte in regime di Servizio Sanitario Nazionale (qui di seguito anche "*SSN*") derivante dalle politiche sanitarie poste in essere dalle Regioni nell'attuare la riforma sanitaria; (ii) la mancata (o insufficiente o non corretta) attuazione del principio di libera scelta introdotto dal d.lgs. 502/92; (iii) la coincidenza in capo alle Aziende Sanitarie Locali (qui di seguito anche "*ASL*") della duplice funzione di soggetto acquirente-pagatore di prestazioni sanitarie per conto dei soggetti assistiti dal Servizio Sanitario Nazionale e di soggetto erogatore delle suddette prestazioni sanitarie, con conseguente possibile conflitto d'interessi in materia di programmazione della spesa e di concorrenza tra gli operatori.

Mentre i primi due aspetti sopra richiamati - la difficoltà riscontrata da alcuni operatori ad essere ammessi ad operare in regime di SSN e la corrispondente limitazione della libera scelta del cittadino - attengono al momento attuativo dei principi espressi dal suddetto d.lgs. 502/92, l'ultimo aspetto, ovvero la coincidenza in capo al medesimo decisore istituzionale, le ASL, delle funzioni di acquirente ed erogatore delle prestazioni sanitarie, è riconducibile alle scelte normative contenute nel suddetto decreto, là dove si afferma (articolo 8, comma 5) che l'unità sanitaria locale assicura ai cittadini l'erogazione delle prestazioni specialistiche, di diagnostica strumentale e di laboratorio ed ospedaliere avvalendosi dei propri presidi, delle istituzioni sanitarie pubbliche o private e dei professionisti con i quali intrattiene appositi rapporti fondati sulla corresponsione di un corrispettivo predeterminato a fronte della prestazione resa.

Al fine di valutare il fondamento di tali segnalazioni e la possibile rilevanza dei fatti denunciati nell'ambito della legge n. 287/90, l'Autorità ha proceduto ad analizzare lo stato di attuazione della riforma avviata nel 1992, avendo sentito alcune Regioni e diversi operatori del settore.

La riforma sanitaria

Il d.lgs. 502/92, come modificato dal d.lgs. 517/93, ha previsto il riordino dell'assetto istituzionale del Servizio Sanitario Nazionale e, in particolare, ha determinato un sostanziale mutamento della posizione delle strutture sanitarie pubbliche rispetto alle strutture sanitarie private in rapporto al SSN. Un elemento qualificante di tale riordino è stata la cosiddetta aziendalizzazione delle Unità Sanitarie Locali, che sono state qualificate come aziende infraregionali dotate di personalità giuridica (cosiddette ASL). La trasformazione secondo il modello dell'impresa delle Unità Sanitarie Locali, già disciplinate nella legge n. 833/78 come strutture operative dei comuni, ha rappresentato la necessaria premessa per instaurare un sistema fondato sulla parità tra strutture sanitarie pubbliche e strutture sanitarie private.

Le principali finalità della riforma sanitaria vanno individuate, in via di estrema sintesi, nel perseguimento di obiettivi di contenimento della spesa e nella equiparazione degli operatori sanitari muniti dei necessari requisiti, indipendentemente dalla loro natura pubblica o privata, nonché, correlativamente, nel principio di libera scelta degli stessi operatori sanitari da parte degli assistiti.

Nell'assetto definitivo della riforma sanitaria, anche alla luce del D.P.R. 14 gennaio 1997, l'accesso al mercato delle prestazioni sanitarie con oneri a carico del SSN risulta così articolato.

Innanzitutto viene disciplinata l'*autorizzazione* all'esercizio delle attività sanitarie, che rappresenta il presupposto necessario per l'erogazione di prestazioni sanitarie da parte di qualsiasi soggetto, sia pubblico che privato. Il conseguimento dell'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie non comporta il riconoscimento a far parte dei soggetti erogatori di prestazioni per conto ed a carico del SSN. L'autorizzazione è subordinata al possesso di requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi, sia generali che specifici, in relazione alla tipologia di prestazioni per le quali essa viene richiesta.

Il secondo momento in cui si articola l'accesso al SSN è costituito, infatti, dall'*accreditamento*, che deve essere esplicitamente richiesto alla propria Regione di appartenenza da tutte le singole strutture e da tutti i singoli soggetti, sia pubblici che privati, già autorizzati all'esercizio delle attività sanitarie, che intendano erogare prestazioni di assistenza sanitaria per conto e a carico dello stesso SSN. La facoltà di erogare prestazioni a carico del SSN è, dunque, riconosciuta unicamente alle strutture ed ai professionisti accreditati (con i quali siano stati instaurati gli "*appositi rapporti*" (articolo 8, comma 5, d.lgs. 502/92) e stipulati i relativi accordi contrattuali, di cui *infra*, par. 13).

L'accreditamento, in quanto volto a selezionare l'accesso al mercato delle prestazioni di servizi sanitari in regime di SSN solo in funzione del possesso di requisiti predefiniti, rappresenta una radicale modifica rispetto al regime di convenzionamento previsto dalla legge n. 833/78, il quale risultava fondato su un criterio di complementarità dell'offerta di operatori privati rispetto all'offerta pubblica e sulla possibilità di scelta delle strutture private erogatrici secondo criteri discrezionali. Inoltre, in quanto diritto riconosciuto a chiunque possieda i prescritti requisiti, l'accreditamento si configura come lo strumento che consente di realizzare l'ulteriore principio innovativo, introdotto dalla riforma del 1992, della libera scelta da parte del paziente, nei confronti di tutte le strutture ed i professionisti accreditati dal SSN (articolo 8, comma 5, d.lgs. 502/92).

Condizione essenziale per l'accreditamento è, tra le altre, l'accettazione da parte dei soggetti erogatori del sistema della remunerazione a prestazione. Tale sistema, mutuato dall'esperienza inglese, rappresenta una significativa innovazione nei criteri di finanziamento delle strutture sanitarie operanti in regime di SSN. Esso sostituisce il precedente criterio di rimborso cosiddetto "*a piè di lista*", in virtù del quale le singole strutture sanitarie ricevevano un finanziamento pari alle spese complessivamente sostenute, senza alcun riferimento specifico alla spesa indotta dalle singole voci di bilancio. Nella normativa del 1992, invece, il finanziamento delle strutture sanitarie è commisurato alle prestazioni effettivamente erogate e tali prestazioni vengono remunerate sulla base di tariffe predeterminate dalle Regioni, entro i limiti massimi stabiliti in conformità ai criteri generali dettati dal Ministero della Sanità.

Infine, gli accordi contrattuali tra Regione e ASL-acquirente, da una parte, e singoli erogatori accreditati, dall'altra, costituiscono il terzo momento del processo di regolamentazione dell'accesso al SSN. In tale fase, le Regioni devono tenere conto dei propri criteri programmatori relativamente alle attività di ricovero e di diagnostica di laboratorio, allo scopo di assicurare la realizzazione degli obiettivi fissati nell'ambito dei limiti di spesa programmati dai livelli uniformi di assistenza. Gli accordi contrattuali devono

specificare l'insieme dei termini degli scambi relativamente, tra l'altro, a volumi e tipologie di prestazioni da erogare, livelli tariffari, modalità di pagamento, livelli qualitativi, controlli e sanzioni.

Le problematiche attuative della riforma sanitaria del 1992

Benché la fase di transizione che continua a caratterizzarla non consenta di formulare una valutazione definitiva circa i risultati della riforma del 1992, l'obiettivo di contenimento della spesa sembra essere stato raggiunto al livello nazionale, come dimostra il decremento della spesa sanitaria nazionale in percentuale del prodotto interno lordo. Tale obiettivo, come si vedrà in seguito, non è stato però raggiunto in ogni Regione.

Diversamente, l'obiettivo di equiparazione degli operatori sanitari - da intendersi come strumento finalizzato alla realizzazione di un più elevato livello di efficienza nel sistema sanitario attraverso l'introduzione di meccanismi che garantiscano la parità delle condizioni di accesso al mercato di tutti gli operatori - e, correlativamente, il principio di libera scelta appaiono, invece, compromessi dalle scelte effettuate da diverse Regioni in sede di attuazione del d.lgs. 502/92 e, più recentemente, dal Governo con l'emanazione del D.P.R. 14 gennaio 1997.

Il D.P.R. 14 gennaio 1997 ha provveduto a stabilire requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private, ovvero per il rilascio dell'autorizzazione regionale. Il medesimo decreto ha inoltre stabilito i criteri generali cui le Regioni devono attenersi nella determinazione degli *standard* di qualità che costituiscono requisiti ulteriori per l'accreditamento delle strutture pubbliche e private già autorizzate. In ogni caso, tale decreto non fornisce alcuna indicazione per la ulteriore decisione di stipulare accordi ai fini dell'erogazione di prestazioni in regime di SSN, solo prevedendo, in negativo, che la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del SSN a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate. Di conseguenza, si è venuto a riservare un esteso ambito di discrezionalità alle amministrazioni pubbliche facenti parte del SS.: infatti, l'accreditamento deve essere considerato una condizione senz'altro necessaria per la stipulazione dei suddetti accordi, ma può essere ritenuto, per il medesimo fine, sufficiente o non sufficiente, secondo criteri di giudizio non oggettivamente determinati.

In tale contesto, gli accordi tra Regione e ASL-acquirente, da una parte, e soggetti erogatori di prestazioni sanitarie, dall'altra, sembrano configurarsi non tanto come strumento di contenimento tra il diritto di libera scelta degli assistiti e gli obiettivi di contenimento della spesa sanitaria, fondato su criteri oggettivi di equiparazione tra strutture pubbliche e strutture private, quanto come una sorta di patteggiamento che può dar luogo a violazioni del principio di eguaglianza tra i soggetti accreditati, in palese contrasto con i principi essenziali della riforma sanitaria del 1992.

In particolare, l'utilizzo improprio dello strumento degli accordi tra Regioni e ASL-acquirenti, da un lato, e strutture sanitarie erogatrici, dall'altro, ha talora affievolito le caratteristiche primarie dell'istituto dell'accreditamento individuate dalla riforma sanitaria, privilegiando, al contrario, criteri non oggettivamente determinabili e sostanzialmente rimessi alla mera discrezionalità, e in taluni casi addirittura all'arbitrio, di Regioni e ASL nella determinazione dei soggetti legittimati ad erogare prestazioni sanitarie per conto ed a carico del SSN.

Tali problematiche, riguardanti l'effettiva operatività dell'istituto dell'accreditamento, non risultano superate neppure dalla disposizione dell'articolo 2, lettera ff), del disegno di legge recante delega al Governo per la razionalizzazione del SSN e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del SSN, approvato dalla Camera dei deputati il 26 maggio 1998, il quale conferma la discrezionalità delle Regioni nel disciplinare l'accesso al mercato delle prestazioni sanitarie offerte in regime di Servizio Sanitario Nazionale.

Esaminando più analiticamente il processo di attuazione della riforma del 1992 nelle diverse Regioni, risulta che esso è apparso ispirato a principi e criteri disomogenei. Da una valutazione comparata dei principi ispiratori delle politiche sanitarie elaborate da alcune Regioni sembra emergere, nell'attuazione della riforma sanitaria, una inconciliabile alternativa tra i due principi fondamentali della stessa: il rispetto del vincolo della spesa e la libera scelta delle strutture erogatrici dei servizi da parte degli utenti finali.

In altri termini, sembrano potersi delineare, in via generale, due sistemi alternativi di attuazione della riforma sanitaria, ai quali possono essere ricondotte, in maggiore o minore grado, le politiche sanitarie adottate dalle diverse Regioni: (i) un sistema basato sulla libera erogazione delle prestazioni sanitarie in regime di SSN da parte dei soggetti accreditati (introdotta, ad esempio, nella Regione Lombardia e (ii) un

sistema basato sulla programmazione delle prestazioni sanitarie (introdotto, ad esempio, nella Regione Veneto).

Il primo sistema appare caratterizzato dalla competizione tra strutture offerenti e dalla libertà di scelta del paziente, in favore della quale il numero di erogatori attivi nel mercato coincide con il numero delle strutture accreditate, con la conseguente riduzione della funzione programmatrice della ASL.

Il principale limite di questo sistema sembra risiedere nel fatto che l'andamento della spesa sanitaria diventa il prodotto della sola domanda, con la conseguenza che l'obiettivo del contenimento della spesa sanitaria risulta difficilmente conseguibile. Inoltre, l'estensione dei potenziali soggetti erogatori comporta un aumento dei costi - non solo di natura economica - derivanti soprattutto dalla contrattazione con un maggior numero di erogatori da parte dell'ASL.

Il secondo sistema si fonda sulla regolamentazione del servizio e sulla programmazione che viene svolta a livello regionale. In tale contesto, è la Regione che negozia ogni anno piani di attività e volumi di prestazioni con le ASL, le aziende ospedaliere e le altre strutture sanitarie, rivolgendosi agli erogatori privati soltanto in via residuale, nei limiti del fabbisogno che le strutture già operanti in regime di SSN non riescono a soddisfare. Nell'adottare questo modello, molte Regioni hanno utilizzato l'istituto dell'accreditamento in via selettiva, accreditando, all'interno dei soggetti che possiedono i prescritti requisiti di qualità, esclusivamente le strutture sanitarie con le quali la Regione effettivamente contratta.

Tale ultimo sistema, privilegiando il rispetto del vincolo di spesa, limita la libera scelta dell'utente alle sole strutture cui le Regioni hanno consentito di operare in regime di SSN. Inoltre, la programmazione dalle prestazioni erogabili sulla base dei tetti di spesa, individuati per ciascuna struttura operante in regime di SSN, inibisce la concorrenza tra gli erogatori delle prestazioni sanitarie, comportando un minore incentivo al miglioramento dei livelli di efficienza e di qualità dell'assistenza erogata.

Le problematiche normative della riforma sanitaria del 1992

Con particolare riferimento alle problematiche normative della riforma sanitaria, va osservato che, indipendentemente dalle scelte effettuate dalle diverse Regioni nell'attuazione del d.lgs. 502/92, la realizzazione degli obiettivi di libera scelta degli utenti e di contenimento della spesa risulta comunque limitata dalla riunione in capo alle ASL delle due figure di: (i) soggetto erogatore; e di (ii) soggetto acquirente-pagatore di prestazioni sanitarie.

Il compito essenziale delle ASL - il soddisfacimento dei bisogni di salute della comunità locale attraverso la garanzia di livelli uniformi di assistenza - è, infatti, realizzato: (i) direttamente, mediante la produzione e la erogazione di prestazioni e servizi; ovvero (ii) indirettamente, mediante l'acquisto degli stessi da un sistema di soggetti esterni accreditati e remunerati su base tariffaria.

Da un punto di vista generale, l'esercizio da parte di uno stesso soggetto delle funzioni di erogazione e di acquisto delle prestazioni non costituisce un elemento censurabile di per sé, in termini di tutela dei meccanismi concorrenziali. Infatti, se la scelta economica di realizzare direttamente una determinata prestazione sanitaria viene effettuata dalla singola ASL sulla base dei costi di produzione effettivamente sostenuti, la riunione in capo al medesimo soggetto delle funzioni di erogazione delle prestazioni sanitarie e di remunerazione delle stesse, non soltanto non rivelerebbe profili anticoncorrenziali, ma potrebbe condurre ad un processo di allocazione ottimale delle risorse.

La commistione delle due funzioni - erogazione e remunerazione delle prestazioni sanitarie - appare, invece, suscettibile di determinare effetti distorsivi della concorrenza e, conseguentemente, una complessiva allocazione inefficiente delle risorse pubbliche, qualora essa si iscriva nel più complesso contesto economico ed istituzionale realizzato dalla riforma sanitaria. In particolare, tali effetti distorsivi della concorrenza sono ascrivibili alla circostanza che la duplice funzione della ASL venga svolta in presenza di: (i) criteri di remunerazione delle prestazioni; e di (ii) un uso improprio dell'accreditamento e/o degli accordi.

Per quanto riguarda i criteri di remunerazione delle prestazioni, la circostanza che ogni singola ASL riceva - per ogni anno - un *budget* di spesa determinato, sulla base delle tariffe previste per le prestazioni effettuate nell'anno precedente, comporta che il soggetto erogatore sia incentivato a qualificare le prestazioni sanitarie erogate in modo tale da ottenere la massima remunerazione prevista per ogni tipo di prestazione, qualificando, ad esempio, una prestazione di natura ordinaria come prestazione di natura eccezionale.

Da ciò consegue che le ASL, nella programmazione dei propri volumi di attività, sono incentivate a specializzare la propria offerta non già verso quelle prestazioni erogabili - a parità di qualità - a costi inferiori, bensì privilegiando quelle per le quali, sulla base di una valutazione comparativa, risulta prevista una tariffa maggiormente remunerativa.

La conseguenza di tali comportamenti risiede pertanto nella circostanza che le ASL sono indotte a ricorrere in prima battuta ai propri presidi, da intendersi come fornitori privilegiati, ricorrendo agli altri operatori soltanto in via residuale, limitatamente al fabbisogno che esse non riescono a soddisfare direttamente, riducendo aprioristicamente il numero di prestazioni erogabili dagli altri soggetti e limitando, quindi, la libera scelta degli utenti, sia con riferimento alla scelta tra ASL e aziende ospedaliere che con riferimento alla scelta tra strutture sanitarie pubbliche e strutture sanitarie private accreditate.

Deve peraltro rilevarsi che il mercato delle prestazioni sanitarie si configura come un mercato peculiare, nel quale la particolarità del bene oggetto di scambio, ovvero la prestazione sanitaria, è tale da non soddisfare tutte le condizioni che usualmente definiscono il funzionamento dei mercati tradizionali. Nel sistema di remunerazione a tariffa, i costi di produzione delle prestazioni sono determinati a partire dai prezzi delle prestazioni stesse e non viceversa. Pertanto, in assenza di opportuni meccanismi concorrenziali tra gli erogatori delle prestazioni sanitarie, vengono meno anche gli incentivi a rivelare i costi effettivi delle prestazioni e a trasferire questa informazione sul prezzo. Risulta, quindi, alquanto difficile valutare con certezza se la decisione da parte delle ASL di erogare direttamente le prestazioni sanitarie, non ricorrendo, quindi, al mercato, sia effettivamente giustificata dai minori costi sostenuti dalle stesse ASL rispetto a quelli sostenuti dalle altre strutture sanitarie operanti sul mercato, a parità di *standard* di qualità.

Per quanto attiene all'uso improprio dell'accreditamento e/o degli accordi, risulta evidente che tale uso improprio, nel momento in cui riduce il numero di soggetti ammessi ad erogare prestazioni in regime di SSN e, dunque, la libera scelta degli utenti, rafforza la discrezionalità delle ASL nel determinare la programmazione delle prestazioni sanitarie, nonché gli incentivi delle stesse ASL ad adeguarsi alle tariffe massime predeterminate a livello regionale.

Ne deriva che la distorsione degli incentivi programmatori delle ASL comporta sia una limitazione della libera scelta degli utenti che una mancata realizzazione degli obiettivi di contenimento della spesa, dal momento che le ASL si configurano come soggetti fortemente incentivati ad alimentare la spesa pubblica.

I possibili rimedi normativi e attuativi ai profili distorsivi della concorrenza

L'insieme degli elementi sopra considerati - e, più in particolare; (i) la commistione in capo ad un medesimo soggetto (ASL) delle funzioni di erogazione e di acquisto-pagamento delle prestazioni sanitarie; (ii) la tendenza ad utilizzare l'accreditamento e/o gli accordi in via selettiva; e (iii) la determinazione di un sistema di remunerazione a tariffa - impedisce la creazione di condizioni favorevoli a un progressivo adeguamento delle tariffe ai costi effettivamente sostenuti nell'erogazione delle singole prestazioni, e allo stesso tempo non introduce incentivi per il miglioramento della qualità dei servizi offerti.

Alla luce delle osservazioni sopra esposte, i possibili rimedi normativi e attuativi ai profili distorsivi della concorrenza possono essere individuati: (i) nella separazione strutturale tra la figura dell'ASL nella sua qualità di soggetto erogatore delle prestazioni sanitarie e la figura dell'ASL nella sua qualità di soggetto acquirente-pagatore di prestazioni medesime; (ii) in un utilizzo dell'accreditamento e/o degli accordi secondo criteri equi, oggettivi e trasparenti; e (iii) nella determinazione di "*meccanismi di abbattimento*" delle remunerazioni.

Con riferimento al primo rimedio, deve osservarsi che l'attuazione del principio di libera scelta del paziente, in coerenza con il rispetto delle regole di funzionamento del mercato, richiede che si operi la separazione tra soggetto erogatore e soggetto pagatore al fine di introdurre elementi di reale indipendenza nei rapporti che intercorrono tra chi fornisce e chi rimborsa le prestazioni sanitarie. Tale separazione, infatti, consentirebbe di attuare un meccanismo, in virtù del quale le prestazioni sanitarie vengono erogate dalle strutture, pubbliche o private, in grado di offrirle garantendo il migliore rapporto tra costo della prestazione e qualità della stessa.

Quanto al secondo rimedio, un utilizzo dell'accreditamento e/o degli accordi secondo criteri equi, oggettivi e trasparenti, quali strumenti di attuazione della facoltà di fornire le prestazioni sanitarie da parte delle strutture che possiedono requisiti adeguati, consentirebbe di selezionare operatori attuali e potenziali capaci di offrire, in modo più efficiente, determinati servizi. A ciò andrebbe naturalmente aggiunto un

elemento di controllo sull'adeguatezza dei servizi prescritti e prestati, possibilmente ad opera del soggetto pagatore.

In questo ambito, anche l'esigenza di limitare il numero di operatori offerenti a carico del SSN potrebbe essere realizzata, ove ritenuta necessaria, ricorrendo ad un meccanismo di selezione delle strutture potenzialmente erogatrici - in quanto accreditate - fondato su criteri di costo in rapporto alla qualità piuttosto che su obiettivi di programmazione formulati da chi è presente anche nell'offerta dei servizi (ASL); in particolare, sarebbero da preferire le strutture erogatrici che, a parità di qualità delle prestazioni offerte, siano in grado di praticare prezzi più competitivi.

La realizzazione di interventi volti ad assicurare parità di condizioni di accesso alle strutture erogatrici che presentano determinati livelli accertati di qualità può tradursi, infatti, nella individuazione di tariffe più vicine ai costi effettivi di erogazione delle singole prestazioni e, in alcuni casi, anche inferiori a quelle massime attualmente determinate dalle Regioni, con un conseguente più significativo contenimento della spesa sanitaria. Una dinamica concorrenziale che abbia effetto sulle tariffe delle prestazioni sanitarie può, tuttavia, verificarsi solo a condizione che ciascun erogatore sia positivamente incentivato, da un lato, al miglioramento dei livelli di qualità per tutelare maggiormente la salute dei cittadini e, dall'altro, al perseguimento di *standard* più elevati di efficienza che consentano la determinazione di tariffe più competitive da offrire a chi gestisce la spesa sanitaria.

Per quel che riguarda il terzo rimedio, l'esigenza del contenimento dell'offerta di prestazioni, ove sussista, può essere perseguita attraverso opportuni schemi di abbattimento nella remunerazione delle tariffe secondo parametri determinati sulla base del fabbisogno effettivo e all'offerta globale programmata nell'area di riferimento. A tale riguardo, alcune Regioni hanno introdotto opportuni meccanismi di abbattimento delle remunerazioni previste per le singole prestazioni. Tale meccanismo prevede che la Regione, in relazione ad ogni singola prestazione, rimborsi alle strutture sanitarie erogatrici il prezzo intero (pari alla tariffa massima) fino a quando il numero totale delle prestazioni erogate nel territorio regionale non ecceda un determinato limite prestabilito. Qualora, invece, il numero delle prestazioni ecceda tale limite, la Regione non rimborsa il prezzo intero, ma procede ad un "*abbattimento*" ovvero ad una decurtazione del prezzo intero (pari alla tariffa massima) in misura proporzionale ad un coefficiente prefissato.

L'abbattimento delle tariffe rappresenta un importante meccanismo proconcorrenziale, in quanto, da un lato, induce le singole strutture a rivelare il prezzo delle prestazioni erogate, dall'altro, comporta che le strutture che sopportano i maggiori costi di erogazione siano indotte a limitare, o addirittura annullare, l'offerta delle stesse, alimentando quindi la domanda diretta verso le strutture sanitarie più efficienti e permettendo anche il conseguimento di obiettivi di contenimento della spesa.

Con particolare riferimento alle misure di contenimento della spesa, un contributo significativo può derivare anche dalla possibilità di adottare sistemi di responsabilità del medico, prevedendo che l'attività dei medici di medicina generale debba essere orientata al rispetto degli obiettivi assistenziali e dei connessi livelli di spesa individuati dalle ASL sulla base di specifici indirizzi regionali. Essa, inoltre, prevede che i medici di base conformino le proprie autonome decisioni a percorsi diagnostici e terapeutici individuati ed adeguati sistematicamente dal Ministro della sanità, ferma restando la competenza delle Regioni nell'assicurare i meccanismi atti a realizzare in concreto tale indirizzo.

La separazione delle funzioni ascrivibili rispettivamente a Regioni, ASL e operatori sanitari

Quanto detto in precedenza evidenzia la necessità di separare le funzioni di (a) **programmazione**, (b) **prestazione** e (c) **pagamento**, attribuendole a soggetti distinti. L'interesse generale al contenimento della spesa e alla garanzia di una adeguata tutela della salute che la riforma sanitaria del 1992 ha inteso realizzare stabilendo il principio di libera scelta del cittadino e la pari opportunità di accesso al mercato delle strutture accreditate, sembra più correttamente perseguibile, in coerenza con tali principi, attraverso una netta separazione di tali ruoli.

In tale ottica, la funzione di **programmazione**, come peraltro previsto nel d.lgs. 502/92, dovrebbe spettare alla Regione, affinché provveda a determinare e controllare il fabbisogno epidemiologico territoriale, i criteri qualitativi per l'accreditamento, le tariffe massime delle prestazioni erogabili dalle strutture accreditate, i criteri di abbattimento su base regionale, includendo tra questi anche la determinazione di un *budget* figurato del medico di base. Inoltre, nella prospettiva di introdurre nei mercati interni sanitari meccanismi concorrenziali tra le strutture sanitarie attive nella Regione, quest'ultima dovrebbe operare una

valutazione della capacità produttiva delle singole strutture accreditate, comunicandola a tutti gli operatori, in modo tale che qualsiasi operatore possa elaborare la migliore risposta alle strategie dei propri concorrenti.

La funzione di erogazione della **prestazione** compete alle strutture sanitarie - pubbliche e private - che siano state accreditate dalla Regione. Una riduzione delle strutture eroganti risulterebbe giustificabile solo in virtù di meccanismi che, premessa la parità delle condizioni di accesso di tutti gli operatori al mercato delle prestazioni sanitarie con oneri a carico del SSN, tendano a privilegiare, sulla base di una contrattazione periodica, quelle strutture che, a parità di qualità, offrono le prestazioni a prezzi più competitivi.

Infine, la funzione di **pagamento** delle prestazioni sanitarie, unitamente al potere di controllo e verifica sull'adeguatezza delle prestazioni erogate dai soggetti accreditati, dovrebbe competere alla ASL, che si configurerebbe pertanto esclusivamente come un soggetto pubblico acquirente-pagatore rispetto alle strutture pubbliche e private che erogano le prestazioni sanitarie, senza esercitare alcuna funzione erogatrice. In tale contesto, la creazione di un soggetto investito di funzioni esclusivamente di acquisto e controllo delle prestazioni sanitarie incentiverebbe tale soggetto a ridurre la spesa sanitaria indotta (soprattutto laddove siano previsti meccanismi premiali in rapporto al risparmio generato) e contribuirebbe ad alimentare la concorrenza di prezzo tra le strutture accreditate.

In tale prospettiva, sembra opportuno che, nell'ambito delle funzioni di controllo pubblico, si proceda, come già previste dall'ordinamento vigente, alla costruzione di indicatori di qualità per le prestazioni erogate dalle singole strutture sanitarie (tasso di riuscita degli interventi, tempo medio di visita dedicato al paziente, rapporto personale tra medico e numero dei pazienti, durata delle degenze, tempi effettivi di attesa prima della prestazione, ecc.), anche ai fini di nuova programmazione, in ordine alla selezione delle strutture erogatrici.

Il processo di attuazione della riforma, in armonia con i principi che ne costituiscono il fondamento e che sono coerenti con l'obiettivo di non creare impedimenti alle dinamiche di mercato non giustificati dalla realizzazione di interessi generali, può certamente avvenire più rapidamente nel settore della diagnostica di laboratorio che in quello dell'assistenza ospedaliera. Nell'ambito della diagnostica di laboratorio, infatti, l'introduzione di nuove tecnologie e la realizzazione dei relativi investimenti rivestono particolare importanza. Tenuto conto che le possibilità di intervento del settore pubblico appaiono di non immediata attuazione in considerazione delle condizioni finanziarie in cui versano molte strutture pubbliche, sembra opportuno favorire l'ingresso nel predetto settore di nuovi operatori dotati delle risorse finanziarie necessarie per sostenere gli elevati costi di acquisto di tali tecnologie.

Un elemento di maggiore difficoltà nel completare la fase di transizione è certamente quello della incomprimibilità della spesa degli operatori pubblici. La spesa per il personale, nel 1995, rappresentava una quota pari al 43% della spesa sanitaria nazionale complessiva. Risulta evidente, dunque, che tale voce di spesa incide negativamente, da un lato, su qualsiasi tentativo di contenimento della spesa sanitaria, dall'altro, sulla capacità degli operatori pubblici di operare in un regime di parità di condizioni di accesso al mercato con gli operatori privati, tenuto conto di un contesto istituzionale caratterizzato dall'assenza di mobilità e flessibilità delle risorse umane, la cui introduzione richiederebbe necessariamente interventi di tipo strutturale, al fine di consentire l'avviamento di un autentico processo di aziendalizzazione delle Unità Sanitarie Locali.

In tal senso, si comprende l'introduzione da parte di alcune Regioni di fondi regionali di riequilibrio destinati alle strutture pubbliche ed utilizzati per remunerare quelle funzioni che, per loro natura, non vengono coperte dal sistema delle tariffe. E' da rilevare, tuttavia, che l'utilizzo di tali fondi deve essere necessariamente limitato nel tempo, tenuto conto delle possibili distorsioni che esso potrebbe generare nel sistema, favorendo alcuni operatori in danno di altri.

Conclusioni

Molte delle ricordate segnalazioni pervenute all'Autorità riguardano atti di programmazione regionale o comportamenti di soggetti pubblici chiaramente volti a falsare le condizioni di accesso al mercato in danno di alcuni operatori. Tali atti o comportamenti si pongono in contrasto con i principi di mercato che lo stesso d.lgs. 502/92 ha inteso porre a fondamento della disciplina di settore.

Con riferimento ai problemi normativi, la separazione delle sopradescritte funzioni di programmazione, di prestazione e di pagamento richiede un intervento di modifica della disciplina, al fine di assicurare su tutto il territorio nazionale, fra l'altro, una terzietà di comportamento delle ASL, che può essere ottenuta soltanto ed esclusivamente attraverso un'effettiva separazione strutturale e organizzativa della ASL come soggetto acquirente pagatore, da un lato, e come soggetto erogatore, dall'altro.

Con riferimento ai limiti attuativi, appare necessario rimuovere le situazioni gravemente distorsive della concorrenza determinate da un utilizzo improprio dell'istituto dell'accreditamento e/o degli accordi. In ogni caso, ove sia necessario, al fine di rispettare i vincoli di spesa, ammettere alla remunerazione delle prestazioni erogate un numero più ristretto di soggetti tra quelli accreditati, tale limitazione dovrebbe comunque avvenire esclusivamente in funzione di obiettivi di qualità dei servizi e dei relativi prezzi offerti, sostituendo all'attuale discrezionalità nella definizione degli accordi finalizzati alla selezione delle strutture erogatrici, meccanismi di scelta fondati su una valutazione meramente tecnica che si basi su criteri equi, oggettivi e trasparenti.

In tale contesto, l'Autorità sottolinea i limiti non solo dei contenuti normativi e dei profili attuativi della riforma del 1992, ma anche del recente disegno di legge recante delega al Governo per la razionalizzazione del SSN e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del SSN, approvato dalla Camera dei deputati il 26 maggio 1998, il quale conferma i profili gravemente distorsivi della concorrenza sopra rappresentati nell'accesso al mercato delle prestazioni sanitarie offerte in regime di Servizio Sanitario Nazionale.

L'Autorità confida che le osservazioni qui rappresentate trovino adeguato seguito, nel convincimento che l'effettiva operatività dei meccanismi concorrenziali nei mercati delle prestazioni sanitarie, in senso coerente con i principi già introdotti a partire dalla riforma del 1992, possa più efficacemente contribuire alla realizzazione degli obiettivi di carattere generale legati al controllo della spesa e alla tutela della salute.

IL PRESIDENTE
Giuseppe Tesaurò

* * *