

La comparazione dei sistemi sanitari. Uniformità, eterogeneità e risultati

del Dott. ALESSANDRO LOMBRANO

ABSTRACT: (HEALTH SYSTEM COMPARISON. UNIFORMITY, HETEROGENEITY AND PERFORMANCE). The 2008 financial and economic crisis has strongly strengthened the theme of sustainability of health expenditure and its rationalization. Since the second post-war period, institutions and scholars have widely investigated the so-called technical efficiency of health policies, looking for best practices and solutions able to combine results and resources better than the others. This contribution aims at verifying whether the overall picture that emerges provides clear policy guidance to decision makers; if not, to understand the related reasons and propose new perspectives of analysis. The approach adopted is that of the Italian "economia aziendale" tradition with an international outlook. It is specifically related to the consolidated experience of measurement and control systems, also in the perspective of company networks. The scientific literature of the past 15 years has been analyzed together with important institutional sources: databases from OECD, from World Health Organization and from the Sanitary Management Laboratory of Sant'Anna School of Advanced Studies in Pisa have been consulted. The overall picture emerging from the reconnaissance is fragmentary and obscure, even contradictory in some cases. By abstraction and partial generalization, it is possible to argue that the various perspectives of the studies adopted by the scholars together with the different meanings of health performance are the possible causes. Measuring business outcomes or business systems, especially when proposed in a comparative perspective, presupposes indeed the identification of clear measures and indicators that should be designed in coherence with the contexts observed, notably structural and process characteristics. The contribution thus focuses on these aspects, mainly in methodological terms, in order to draw the attention of management scholars to the comparison of health systems, and wishing for their deeper involvement in the international debate. The final auspice is that a complementary view to the sociological, political, and macro-economic ones will be offered to the politic decision makers soon.

KEYWORDS: Health system comparison; health performance measures; health performance indicators, methodological notes

1. Introduzione

L'attenzione di istituzioni, studiosi e operatori nei confronti dei sistemi sanitari nazionali e regionali è cresciuta costantemente nel tempo. Negli ultimi 20 anni, in particolare, si è a lungo dibattuto sulla cosiddetta efficienza tecnica delle politiche sanitarie, intesa quale capacità delle politiche pubbliche di perseguire *performance* sanitarie di qualità impiegando al meglio le risorse disponibili (tra gli altri, a mero titolo esemplificativo, ANDERSON *et al.*, 2000, RETZLAFF-ROBERTS *et al.*, 2004, JOUMARD *et al.*, 2010; LOPEZ-CASANOVAS *et al.*, 2015).

Con la crisi economica del 2008 sono aumentati vistosamente gli sforzi descrittivi ed interpretativi dei diversi sistemi sanitari, anche in termini comparativi (LEVY e SOBOLEV, 2016). La scarsità di risorse disponibili e i conseguenti tagli di spesa pubblica, infatti, hanno posto l'interrogativo del modello-tipo di sanità, nel legittimo tentativo di individuare gli assetti istituzionali e le soluzioni produttive comparativamente più efficienti delle altre, anche

in rapporto agli *outcome*⁽¹⁾ di sistema⁽²⁾. L'Osservatorio Europeo sui sistemi e sulle politiche sanitarie ha pubblicato studi via via più completi e metodologicamente improntati all'analisi comparativa, sia sul funzionamento dei sistemi sanitari sia sulle riforme e le iniziative politiche avviate o in corso di sviluppo nei Paesi europei appartenenti all'Organizzazione mondiale della sanità. Dal canto suo, proprio nel 2008, l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE) ha promosso un'indagine conoscitiva che ha riguardato i sistemi di *governance* e il processo decisionale, le responsabilità e le risorse finanziarie disponibili nei vari Paesi OCSE (PARIS *et al.*, 2010).

L'analisi delle fonti bibliografiche e i dati oggi a disposizione non consegnano tuttavia un quadro univoco, dal quale evincere la superiorità di un sistema rispetto ad un altro. Salvo rare eccezioni (Wagstaff, 2009), non emergono infatti indicazioni di convergenza verso modelli dati. Sembra in effetti che l'assetto attuale dei sistemi sanitari sia dovuto alla storia dei Paesi e delle loro istituzioni più che alla riscontrata superiorità di un modello rispetto ad un altro, alla conseguente definizione di politiche pubbliche e alle relative strategie attuative (CONSIGLIO DELL'UNIONE EUROPEA, 2010; JOURMARD *et al.*, 2010; YOUNGJU *et al.*, 2012; SUMAH *et al.*, 2016).

2. Oggetto, metodo e fonti della ricerca

Il dibattito intorno ai modelli di sanità (e in particolare alla capacità di alcuni di questi di garantire un efficiente rapporto tra risorse e risultati) pone la questione delle condizioni di uniformità utili alla comparazione e, per questa via, dell'opportunità di fornire indicazioni puntuali sulle quali far convergere le politiche sanitarie. A fronte dell'eterogeneità riscontrata, ci si domanda in particolare quali comparazioni siano possibili e sotto quali condizioni. Il che rinvia alla scelta dei Paesi o delle Regioni campione, del tipo di *performance* e di indicatori (*cf.* paragrafo 3) da utilizzare e delle caratteristiche strutturali e di processo di sistema capaci di spiegare la variabilità di *performance* (entità e natura - pubblica o privata - della spesa, presenza di intermediari, numerosità dei centri decisionali, proprietà pubblica/privata degli erogatori etc.; *cf.* paragrafo 4).

La prospettiva accolta è quella economico-aziendale italiana (con apertura al contributo internazionale) e nello specifico si ispira alla consolidata esperienza sui sistemi di misurazione-

⁽¹⁾ Si noti che in letteratura l'*outcome* sanitario è inteso genericamente quale condizione di salute della popolazione, a diverso titolo rappresentato da misure tipo la mortalità evitabile o l'aspettativa di vita alla nascita. Si veda, in tal senso l'impostazione di Donebedian (Donebedian, 2003). Il concetto assume in realtà sfaccettature diverse a seconda dei contesti di osservazione e delle stesse interpretazioni degli studiosi di *performance measurement*; in linea di massima è comunque assimilabile all'accezione di efficacia sociale della dottrina italiana benché si distingua da quest'ultima perché non incorpora la variabile del soddisfacimento dei fabbisogni.

⁽²⁾ Da Jourmard *et al.* (2010): "A key policy challenge in most OECD countries is to improve outcomes of the health care system while containing cost pressures. The recent economic and financial crisis has weighed heavily on fiscal positions - with gross government debt projected to exceed 100% of GDP in the OECD area by 2011 - and reinforced the need to improve public spending efficiency. Public spending on health care is one of the largest government spending items, representing on average 6% of GDP. Furthermore, health care costs are rising rapidly, driven by population ageing, rising relative prices and costly developments in medical technology. Public health care spending is projected to increase by 3.5 to 6 percentage points of GDP by 2050 in the OECD area. Against this background, exploiting efficiency gains in health care will be crucial to meet rapidly growing health care demand, without putting the public finances on an unsustainable path".

ne e controllo (per l'attualità che conservano e ferma l'evoluzione degli studi in questo campo, si vedano almeno i seguenti contributi: AMIGONI, 1979; KAPLAN e NORTON, 1992; AIROLDI *et al.*, 1994) anche nella prospettiva dei *network* di aziende (TURRINI *et al.*, 2010; CEPIKU *et al.*, 2010; ZANIN, 2013; CUCCURULLO *et al.*, 2014). Con l'altrettanto consolidato metodo misto, induttivo e deduttivo (retroductivo o abductivo, secondo Peirce - PEIRCE, 2005, pubblicazione postuma) che, nello specifico, ha reso necessaria l'osservazione dei fenomeni, l'analisi della letteratura e la consultazione delle banche dati disponibili per giungere infine alla sistematizzazione delle evidenze nell'intento di trarre alcune conclusioni.

Riguardo alle banche dati sono state utilizzate preziose fonti istituzionali, in gran parte disponibili gratuitamente e accessibili mediante *internet*. Si tratta, nel dettaglio delle seguenti istituzioni:

- Osservatorio europeo sulle politiche e i servizi sanitari (*European Observatory on Health Systems and Policies*), promosso e sostenuto dall'Organizzazione mondiale della sanità. Presenta saggi monografici sui singoli Paesi europei, che sono in continuo aggiornamento e illustrano compiutamente le caratteristiche di diversi sistemi sanitari. Il sito dell'Osservatorio permette una buona interattività; in aggiunta alla consultazione dei singoli rapporti-Paese, è possibile infatti selezionare singoli Stati e specifiche caratteristiche per estrarre report mirati (<http://www.hspm.org/mainpage.aspx>);

- OCSE (*OECD*); pubblica statistiche sanitarie relative ai Paesi appartenenti all'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico, il cui ultimo aggiornamento è relativo al 30 novembre 2017. Tale *database* offre oggi la più vasta fonte di dati statistici sulla salute e sui sistemi sanitari degli Stati OCSE e rappresenta uno strumento essenziale di lavoro per studiosi, professionisti e politici;

- Federazione europea degli ospedali (*European Hospital and Healthcare Federation*); organizzazione no-profit fondata nel 1966, rappresentativa degli ospedali e delle associazioni al servizio dei servizi sanitari (pubblici e privati). Raccoglie informazioni relative alla *governance* ospedaliera dei Paesi UE con l'aggiunta di Svizzera e Serbia, elaborati su base nazionale e costantemente aggiornati (<http://www.hope.be>);

- Rete di esperti indipendenti della Commissione europea. Predispone annualmente 34 relazioni nazionali (Rapporti ASISP - *Analytical Support on the Socio-Economic Impact of Social Protection Reforms*) sulle pensioni, sull'assistenza sanitaria e sull'assistenza a lungo termine, valutando in particolare le riforme intraprese dai singoli Stati, i risultati delle politiche sanitarie (e più in generale socio-sanitarie) e la loro sostenibilità di medio e lungo periodo (<http://ec.europa.eu/social/keyDocuments.jsp?advSearchKey=asisp&mode=advancedSubmit&langId=en&policyArea=&type=0&country=0&year=0&orderBy=docOrder>);

- OASI (Osservatorio sulle Aziende e il Sistema sanitario Italiano) del CeRGAS Boccoconi (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e sociale). Propone annualmente un dettagliato rapporto sul sistema sanitario nazionale italiano, con aperture e richiami internazionali, inerente gli assetti istituzionali, i dati di spesa sanitaria, i sistemi sanitari regionali e le strutture organizzative; presenta un taglio di tipo prevalentemente economico-aziendale. Il rapporto disponibile alla data di consegna del presente contributo è relativo al 2016 (<http://www.cergas.unibocconi.it/wps/wcm/connect/Cdr/CentroCERGASit/Home/Chi+siamo/Osservatori/OASI/>);

- Laboratorio MeS (Management e Sanità) della Scuola Universitaria Sant'Anna di Pisa, che dal 2004 analizza e compara realtà e sistemi sanitari regionali attraverso un collaudato modello multifattoriale, secondo un approccio di tipo economico-aziendale. I dati relativi alle

performance sanitarie sono fruibili su <http://performance.sssup.it/netval/start.php?action=reg>.

L'approfondimento di tipo bibliografico ha invece interessato due ambiti specifici: il primo, più di carattere metodologico, inerente le caratteristiche dei sistemi di misurazione delle *performance* con espresso riguardo alle peculiarità del settore sanitario (CYLUS *et al.*, 2016; FURNARI *et al.*, 2016); il secondo relativo alle analisi comparative di specifici sistemi sanitari. In particolare, data l'inclusione della letteratura cd grigia, è stato interrogato *google scholar*, premurandosi di inserire parole chiave rispondenti allo specifico oggetto del contributo e avendo cura di effettuare la ricerca sia in italiano che in inglese; sono state inserite le seguenti chiavi di ricerca (e altrettante traduzioni in lingua italiana): *health performance measures* (misure della performance sanitaria), *health performance indicators* (indicatori della performance sanitaria), *health system comparison* (comparazione di sistemi sanitari), *health outcome/effectiveness/efficiency* (*outcome*/efficacia/efficienza dei servizi sanitari), *blame avoidance of health outcome* (evasione di responsabilità degli *outcome* sanitari). Per completare e rendere più estensiva possibile l'analisi ci si è avvalsi anche del database ESSPER, che offre lo spoglio *online* delle riviste italiane di settore, che è stato interrogato con le medesime chiavi di ricerca. Si è invece curato lo spoglio estensivo di RIREA, Azienda Pubblica e Mecosan. Il medesimo tipo di interrogazione con le medesime parole-chiave è stato effettuato per la ricerca di saggi monografici, sia in lingua italiana che in inglese. In questo caso si è scelto di utilizzare l'indice della biblioteca dell'Università Bocconi che è fruibile *online* e che, data l'ampiezza e la copertura internazionale del patrimonio librario posseduto, rappresenta un indiscutibile riferimento della comunità accademica di economia aziendale e *management*. Le ricerche di dati, informazioni e testi hanno riguardato gli ultimi 15 anni, che sono apparsi sufficienti per lo scopo prefissato. Vanno infatti tenuti a mente il rapido susseguirsi delle riforme dei sistemi sanitari e il crescente interesse degli studiosi e delle istituzioni sul tema in discussione che, se da una parte rendono velocemente i contributi datati e di scarsa utilità pratica, dall'altra favoriscono un rapido sviluppo e sedimentazione delle conoscenze sulla materia.

Evidentemente, il metodo di ricerca individuato e utilizzato possiede dei limiti che debbono essere attentamente presi in considerazione nell'analisi dei risultati e delle conclusioni di questo lavoro (cfr. paragrafo 5). In primo luogo la letteratura di riferimento è stata individuata a mezzo di parole chiave e non a mezzo di revisioni strutturate che, per quanto a conoscenza dell'Autore, esistono ma sono incentrate su contributi econometrici (VARABYOVA Y. *et al.*, 2016). I database consultati sono poi estremamente disomogenei per la varietà dei dati conservati, come pure eterogenee sono le modalità di raccolta degli stessi dati. A ciò si aggiunga che il presente contributo non presenta i risultati di concreti casi di studio, che tuttavia sono in corso di analisi e che potranno formare nuovi e più ampi scritti in materia.

3. Le *Performance* sanitarie. Concetto, misurabilità e comparabilità

L'economia aziendale indaga l'attività economica sotto il profilo delle strutture e delle tecniche, dei comportamenti e dei risultati che si manifestano nelle singole aziende, nelle classi di aziende o nei loro aggregati, facendo anche riferimento all'ambiente economico in cui esse operano (AIROLDI *et al.*, 1994). Peraltro ogni azienda è unica, come il comportamento degli individui, il che non rende possibile stabilire leggi economiche valide in astratto. Possono più realisticamente essere individuate le uniformità relative che accomunano le aziende (e i sistemi cui danno vita) nell'intento di generalizzarle, ove possibile, e per questa

via contribuire all'avanzamento della conoscenza.

In questo contributo si pone l'attenzione su risultati che, nel caso specifico dei sistemi sanitari, sono relativi non già ad una singola azienda, ad una classe specifica di aziende o ad un aggregato aziendale tipizzato⁽³⁾, bensì ad un sistema di aziende, che a ben vedere è facilmente riconducibile al paradigma della rete (*network*). Gli studi di *management* sui *network*, in particolare quelli che vedono il coinvolgimento degli enti pubblici, si sviluppano negli ultimi venti anni dello scorso secolo (BERRY *et al.*, 2004) in un contesto internazionale e interdisciplinare (significativo è infatti il contributo delle scienze politiche e della sociologia) ove tuttavia il tema dei risultati, della loro programmazione e della loro verifica è rimasto poco esplorato (ZANIN, 2013), specie in sanità (CEPIKU *et al.*, 2010; CUCCURULLO *et al.*, 2014). Non a caso a fine anni 90 dello scorso secolo si è posto il tema del coordinamento dei soggetti della rete (O'TOOLE, 97), sostenendo l'importanza di re-interpretare i tradizionali concetti di efficienza, efficacia, equità, *budgeting* e *accountability* in ragione delle caratteristiche del nuovo fenomeno indagato. Vista la crescente rilevanza delle realtà di rete, l'interesse per gli strumenti di governo dei *network* è stata ribadita di lì a poco (PROVAN e MILWARD, 2000), intravedendo tuttavia importanti difficoltà nell'individuazione di uniformità utili alla generalizzazione di metodi e misure. Anche più di recente è stata ribadita la carenza di studi incentrati sull'efficacia dei sistemi di rete, che ha portato al tentativo di compendiare i contributi esistenti sul tema e di colmare alcune lacune esistenti (TURRINI *et al.*, 2010).

Peraltro, il concetto di *performance* sanitarie è tutt'altro che univoco ed è stato oggetto di numerosi approfondimenti che muovono da diverse prospettive di osservazione e possiedono differenti finalità. Esiste la dimensione dei *policy maker* (o di governo), interessati ai sistemi che, a parità di risorse impiegate, garantiscono i migliori *standard* qualitativi a livello macro; quella politologica, intrinsecamente connessa alla prima, ove la *performance* è vista come leva di generazione del consenso; quella clinica, volta alla diffusione delle *best practices* mediche; quella manageriale, qui adottata e illustrata poco sopra (PAPANICOLAS e SMITH, 2013; CACACE *et al.*, 2013). Non è un caso che i dati proliferino e interessino gli aspetti e gli interlocutori più disparati della sanità (<http://www.oecd.org/els/health-systems/>).

In realtà l'economia aziendale, come gli studi internazionali di *management*, hanno sviluppato una consolidata esperienza sul concetto di *performance* e su quello delle misurazioni ad esso correlate⁽⁴⁾. È generalmente accettato, nonostante alcune modeste distinzioni che sono riconducibili al *background* culturale degli studiosi e che peraltro fanno più riferimento ad aspetti semantici e meno a reali differenze concettuali, che la valutazione della *performance* presuppone la preliminare misurazione dell'efficienza della produzione (rapporto tra unità di produzione e monetizzazione dei fattori della produzione), dell'efficacia gestionale (capa-

⁽³⁾ Nella dottrina economico aziendale l'aggregato di aziende ricomprende le forme stabili dei gruppi aziendali, caratterizzati dalla presenza di un soggetto economico unitario e dal coordinamento sovra-aziendale con conseguente limitazione dell'autonomia dei singoli soggetti, ma anche fattispecie in cui i legami sono più flebili e le relazioni più opache (distretti, ad esempio). I sistemi sanitari, data la variabilità e l'instabilità delle relazioni, non sono tipizzabili quale aggregato specifico.

⁽⁴⁾ Ci si limita in questa sede a richiamare lo schema concettuale della *balanced scorecard* elaborato da Kaplan e Norton nel 1992 che, a giudizio di scrive, compendia le ricerche sul tema e propone una lettura dei risultati aziendali dinamica e selettiva (KAPLAN e NORTON, 1992). Riguardo alla letteratura economico-aziendale italiana è giusto il caso di ricordare il contributo di Amigoni che già nel 1979 individuava nell'articolazione, nella rilevanza, nella selettività, nella prontezza e nell'orientamento le caratteristiche strutturali di un sistema di controllo incentrato sulla misurazione ed il controllo dei risultati (AMIGONI, 1979). Numerosi, e di valore, sono gli scritti successivi che non sono richiamati per motivi di spazio. Essi sviluppano e irrobustiscono le tesi degli autori citati, comprovandone la solidità delle fondamenta.

cità di ottenere i risultati prefissati, misurati in termini di quantità fisico-tecniche), degli *outcome* (cfr. nota 1), dell'efficacia sociale (grado di soddisfazione dei bisogni) e, nel caso di intervento pubblico, dell'equità (FORDE *et al.*, 2013). A ben vedere, non si tratta di modificare paradigmi di analisi ben noti e consolidati per il sol fatto di osservare un fenomeno che, pur travalicando il concetto di azienda, di sue classi o aggregati tipizzati, è comunque riconducibile a quello di relazioni interaziendali. Sembra piuttosto il caso di verificare se gli stessi paradigmi possano essere applicati a specifici sistemi sanitari e, più in generale, a schemi di sistemi sanitari; in tal caso, sotto quali condizioni.

Per comparare due o più sistemi sanitari (o gruppi di sistemi sanitari) mediante misure sintetiche (indicatori di *performance*) è necessario individuare le uniformità di contesto che li sottendono. Paesi con caratteristiche di sviluppo diverse, ad esempio, non sembrano comparabili in modo sintetico. Posto infatti di normalizzare l'impiego di risorse per parità di poteri di acquisto, e considerato di prendere a riferimento Paesi con stessi ordini di grandezza di spesa sanitaria, ci si chiede quanto della *performance* (da molti rappresentabile con l'aspettativa di vita alla nascita) sia da ricondurre alle caratteristiche del sistema (cfr. paragrafo 4) e quanto invece non debba ascrivere a caratteristiche esogene allo stesso, quali possono essere, a mero titolo esemplificativo, il quadro epidemiologico di contesto, il livello medio di istruzione della popolazione, le emissioni di ossido di azoto, il tasso di inurbamento e, più in generale, gli stili di vita delle persone (PAPANICOLAS e ASHIS, 2017).

Non meno complessa è l'individuazione delle misure e dei relativi indicatori che siano in grado di catturare compiutamente la *performance* dei sistemi sanitari⁽⁵⁾. Sul piano squisitamente qualitativo (di efficacia sociale e di *outcome*) è opportuno apprezzare l'efficacia delle cure in senso stretto, intese quale risposta al fabbisogno di salute espresso dalla popolazione, da rappresentare ad esempio attraverso indicatori di capillarità, prossimità e differenziazione dell'offerta, ma anche tramite i tempi medi di risposta alla domanda di prestazioni, la numerosità e il mix di risorse umane, il grado di impiego della tecnologia e la relativa tipologia. Non sembra invece di poter mettere su questo piano variabili di carattere più generale, quali ad esempio l'impegno profuso in campagne di comunicazione e prevenzione (senza per questo disconoscerne in alcun modo l'importanza) che sono correlabili ai servizi resi dal sistema solo astrattamente e che incidono sulla sua *performance* solo nel lungo andare. In molti infatti hanno chiaramente evidenziato che l'efficienza (o l'inefficienza) dei sistemi sanitari è spesso correlata a fattori che nel breve e nel medio periodo non stanno sotto il controllo dei governanti, come succede nel caso per il tasso di obesità o della diffusione di cattive abitudini nell'uso di tabacco e alcol (tra gli altri, AFONSO e ST. AUBYN, 2010).

Altro discorso è quello dell'efficienza di sistema, per la quale va considerato l'impiego di risorse necessario per fornire una prestazione unitaria di servizio con determinati *standard* qualitativi. In ottica comparativa è tanto più efficiente quel sistema che garantisce le medesime *performance* qualitative (ad esempio gli stessi tempi di risposta) con minore dispendio di

⁽⁵⁾Non ci si sofferma in questa sede sulle metodiche e relativi accorgimenti per la scelta degli indicatori di risultato. Ci si limita ad osservare che lo stesso fenomeno può essere misurato da più indicatori e che l'acritica e non selettiva proliferazione degli stessi può generare disorientamento; in aggiunta va sempre tenuto in considerazione che, ove non rigorosamente progettati, gli indicatori restituiscono informazioni non necessariamente riconducibili al fenomeno indagato (nel nostro caso sistema sanitario *versus* fattori storici, sociali e demografici di un Paese o un insieme di Paesi). Si consideri inoltre che esiste una netta linea di demarcazione tra le misure orientate al passato (in ottica *feed-back*) e quelle proiettate al futuro (in ottica *feed-forward*), tipiche quest'ultime dell'approccio della richiamata *balanced scorecard* utili all'implementazione delle politiche e delle strategie pubbliche.

risorse (sotto naturalmente la condizione della parità dei poteri di acquisto) o che, a risorse invariate, produce livelli qualitativi superiori. Non possono invece essere espresse valutazioni nel caso di prestazioni che vedono differenze significative sia nel livello qualitativo che in quello dei costi, a meno che non si osservi una correlazione inversa tra le due dimensioni.

Se combinate assieme, le misurazioni dell'efficienza e dell'efficacia pongono il tema dell'equità. Ed infatti entrano qui in gioco le valutazioni sul mix quali-quantitativo di servizi sanitari e del meccanismo di finanziamento della spesa: un sistema astrattamente meno efficiente (maggiori costi per unità di prestazione) potrebbe sottendere ad esempio maggiore tempestività o capillarità di risposta del sistema, il che potrebbe andare a discapito, in funzione dei casi, dell'universalità delle prestazioni (nel caso di compartecipazione volontaria) o del carico fiscale collettivo (in presenza di sistemi sanitari nazionali universalistici). Da qui il tema delle caratteristiche strutturali e di processo dei sistemi sanitari.

4. Varietà e uniformità dei sistemi sanitari

Si è osservato che le *performance* sanitarie, e al loro interno quelle rappresentative dell'equità, dipendono da più variabili. Si possono ad esempio considerare la numerosità dei centri decisionali, la natura giuridica degli attori del sistema, l'esistenza e l'efficacia di un sistema di incentivi, i meccanismi di finanziamento della spesa, senza tralasciare le dimensioni di processo.

Parte della letteratura di settore distingue tra tre tipi di sistemi sanitari in funzione della fonte di finanziamento della spesa (BUSSE *et al.*, 2007). Il modello Beveridge (cui sono solitamente ricondotti, tra gli altri, l'Italia, il Regno Unito, l'Irlanda, la Danimarca, la Svezia, la Finlandia e la Spagna) è finanziato dalla fiscalità generale e fornisce una copertura universale ai cittadini, indipendentemente dalla presenza di coperture assicurative e dalla compartecipazione privata alla spesa; è detto anche "sistema sanitario nazionale". Il modello Bismarck (si fa in questo caso riferimento, tra gli altri, alla Germania, alla Francia, al Belgio e ai Paesi Bassi) fonda invece su coperture assicurative obbligatorie versate, a seconda dei casi, da datori di lavoro o lavoratori, che contribuiscono alla copertura della spesa sanitaria finanziata con la fiscalità generale; è anche conosciuto come sistema di assicurazione sanitaria e sociale. Esiste infine il modello misto (di ispirazione statunitense, specie ante riforma Obama) ove la spesa privata, diretta o per il tramite di assicurazioni volontarie, rappresenta la principale fonte di finanziamento. È anche chiamato modello di assicurazione sanitaria privata.

Benché ampiamente diffusa, la classificazione ora richiamata non prende in considerazione la tipologia di produttori (che possono essere pubblici o privati) e i vincoli contrattuali che li legano ai finanziatori. Tutti elementi, invero, che incidono sulle *performance* di sistema insieme al meccanismo di finanziamento, specie se associati ad un sistema premiale incentivante. Di tutta risposta l'OCSE (OECD, 2004; BÖHM, 2013) ha proposto una seconda articolazione, che contempla la natura del finanziamento (pubblico o privato) insieme ai rapporti contrattuali esistenti tra fornitori e pagatori. Al di là delle varianti del caso e delle specifiche applicazioni (PRZYWARA, 2010; JOURMARD *et al.*, 2010), si distinguono il modello pubblico integrato, il modello contrattuale pubblico e il modello di assicurazione/fornitore privato. Come è facilmente desumibile, il primo (pubblico integrato) fonda essenzialmente sulla fiscalità collettiva quale forma di pagamento e sulla prevalenza di un sistema pubblico di offerta (un esempio concreto è rappresentato dall'Italia); il modello contrattuale pubblico

contempla invece la prevalenza di produttori privati, che sono finanziati dalla fiscalità generale o da fondi di assicurazione sociale (come nel caso tedesco); il modello di assicurazione/fornitore, infine, presuppone un ruolo importante dei privati, nella loro qualità di pagatori ma anche di fornitori (si veda la realtà della Grecia).

Anche questa seconda tassonomia non appare tuttavia esaustiva, benché consideri la dimensione del produttore/fornitore in aggiunta al meccanismo di finanziamento del sistema sanitario: non interviene infatti sul tipo di *governance* di sistema, dimensione in grado di influenzare i costi e più in generale le *performance*. In effetti la pluralità degli snodi decisionali a livello centrale o locale (e conseguentemente il grado di responsabilizzazione), la presenza di agenzie con funzioni di programmazione o servizio, la produzione diretta o delegata delle prestazioni, sono variabili da considerare attentamente quando ci si pone in ottica comparativa. Dette dimensioni sono state contemplate in altri studi, i cui autori propongono classificazioni alternative, che distinguono i sistemi per il grado di accentramento delle funzioni, in subordine per il grado di finanziamento pubblico, dunque per la prevalenza di sistemi di erogazione pubblica, pubblica esternalizzata o privata (EUROPEAN COMMITTEE OF THE REGIONS, 2010).

In base alla ricognizione effettuata, mancano in ogni caso proposte di raggruppamento che tengano conto del tipo e dell'intensità di impiego di tecnologia come pure del modello di assistenza. Le differenze tra Paese e Paese, anche in questo caso, sono marcate; basti solo considerare la grande variabilità della numerosità degli infermieri in rapporto ai medici e ai cittadini nonché delle funzioni da loro svolte: (ARMENI *et al.*, 2016, <http://www.hspm.org/mainpage.aspx>).

Tali ulteriori variabili (assetto tecnico e personale) incidono al pari dei precedenti fattori sui costi e sulle *performance* del sistema e, come tali, debbono essere prese in attenta considerazione.

5. Risultati dell'analisi e discussione

Secondo Snowdon e Chen (SNOWDON e CHEN, 2011) esistono tre sfide chiave che mettono a dura prova i sistemi sanitari dei Paesi, in particolare di quelli membri dell'OCSE: cambiamenti demografici della popolazione e caratteristiche sociali; equilibrio tra contenimento dei costi da una parte e qualità ed accessibilità dall'altra; frammentarietà e universalità delle prestazioni di cura.

Si tratta di una sintesi verificata (cfr., a vario titolo, i DB citati nel paragrafo 2) e conseguentemente condivisibile, specie se letta alla luce della crisi economica tuttora in atto, che ben lascia comprendere l'impegno delle istituzioni (OECD e WHO, in particolare) e degli studiosi verso l'analisi comparativa di sistemi sanitari. L'esercizio di *benchmarking* consente infatti di individuare le esperienze di successo e porle all'attenzione dei Governi nazionali e locali. I contributi in tal senso sono numerosi (tra gli altri, e senza pretesa alcuna di esaustività: HITIRIS e POSSNETT, 1992; BABAZONO e HILMAN, 1994; ELOLA *et al.*, 1995; DE ROSARIO, 1999; OR, 2000a e 2000b; THORNTON, 2002; BERGER e MESSER, 2002; RETZLAFF-ROBERTS *et al.*, 2004; AFONSO e ST. AUBYN, 2006; RAGUSEO e VLČEK, 2007; ASISKOVIČ, 2010; ANTON, 2013): la maggior parte della letteratura è incentrata sulla comparazione di Paesi evoluti ad economia avanzata; non mancano tuttavia saggi che propongono l'analisi di un singolo sistema sanitario nel tempo, a cavallo delle riforme sanitarie di sistema; o quelli

che hanno esteso la casistica a Paesi in via di sviluppo (TANDON *et al.*, 2000; SELF e GRABOWSKI, 2003; RAJKUMAR e SWAROOP, 2008; SINIMOLE, 2012).

Gran parte di queste analisi poggiano su dati statistici, talvolta su modelli econometrici, mentre le analisi descrittive sono solitamente pubblicate da istituzioni o centri di ricerca. Sulle analisi degli studiosi è interessante notare il largo impiego della tecnica DEA (*Diagnostic Enevelopment Analysis*) che, benché assai discussa e non scevra da critiche, è prontamente fruibile e restituisce chiare indicazioni di *policy*. A differenza dei modelli parametrici, che presuppongono la descrizione puntuale del processo produttivo, questa tecnica consente infatti di confrontare i livelli di efficienza dei sistemi di produzione analoghi e sulla base di un set *input* ed *output* definiti *ex ante* (nel caso dei sistemi sanitari le misure di *output* più utilizzate dagli studiosi citati il più delle volte sono rappresentati dall'attesa di vita alla nascita o dalla mortalità infantile, mentre gli *input* sono solitamente individuati nella spesa sanitaria pro-capite normalizzata e in indicatori di vario genere espressivi degli stili di vita o delle condizioni socio-economiche dei Paesi confrontati). Le fonti istituzionali restituiscono invece uno spaccato descrittivo dei sistemi dei singoli sistema-Paese (*health system reviews* dell'Osservatorio europeo dell'OMS e rapporti annuali dell'Osservatorio OASI - Università Bocconi) supportato da un'imponente mole di dati (OCSE e Laboratorio MeS - Scuola Superiore Sant'Anna).

Entrambi gli approcci, quello quantitativo e quello qualitativo, lasciano intendere che l'aumento di spesa sanitaria non si traduce automaticamente in miglioramenti della salute pubblica, della qualità delle cure e nella loro accessibilità. In altre parole non è supportata la tesi che i Paesi che spendono di più in sanità (tipo il Canada, la Svizzera o gli Stati Uniti) raggiungono risultati superiori o livelli di consenso maggiore rispetto agli altri. Gerdtam *et al.* (GERDTHAM *et al.* 1992a e 1992b), ad esempio, sostengono che il finanziamento pubblico della spesa è associato a minori costi pro-capite del sistema e che i Paesi con una sensibile (maggioritaria) compartecipazione privata alla spesa sanitaria mostrano livelli di costo complessivi superiori. Gli autori attribuiscono tale evidenza al tipo di controllo svolto dal pubblico nei confronti dei produttori, che nei sistemi finanziati dalla fiscalità collettiva sembrerebbe essere più serrato.

È un'evidenza ampiamente giustificabile: non vi è dubbio, infatti, che i sistemi a forte componente assicurativa generano importanti costi di transazione, dovuti alla presenza di più centri decisionali e alla necessità di controllo, che possono essere bilanciati solo in presenza di un mercato aperto, trasparente ed efficiente. Lo stesso sistema americano è stato recentemente messo in discussione non già per il tipo di impostazione di fondo (che prevede un ampio ricorso alla compartecipazione privata) quanto per il modesto livello di concorrenza, che non favorisce performance virtuose sia in termini di costi che di qualità dei servizi (GAYNOR *et al.*, 2017). Si aggiunge in questa sede che il livello di investimenti umani e strumentali del settore sanitario è tale per cui le barriere all'entrata si innalzano, limitando di fatto la competitività del tipo di sistema in sé.

In realtà esistono altri studi, che si sono espressamente focalizzati sui fattori chiave che influenzano il complesso della spesa sanitaria, che portano a conclusioni diverse. L'Horty *et al.* (HORTY *et al.*, 1997) hanno riscontrato l'esistenza di una correlazione positiva tra la spesa sanitaria e la presenza di forme assicurative pubbliche. Anche Leu (LEU, 1986) arriva a concludere che, teoricamente, un incremento di sanità pubblica porta ad un innalzamento della spesa sanitaria pubblica per due possibili cause: la bassa percezione del valore della spesa sanitaria pubblica da parte dei consumatori, che porterebbe allo spreco, e il basso livello di

incentivi tipico del sistema pubblico, che non favorirebbe percorsi di efficientamento. Bac (BAC, 2004), infine, fornisce la prova empirica che l'aumento dell'1% della quota di spesa finanziata dalle famiglie porterebbe ad un risparmio complessivo dell'1.4% (si vedano anche i seguenti contributi più recenti: SNOWDON e CHEN, 2011; HERNÁNDEZ DE COS e MORAL-BENITO, 2014; YAYA S. e DANHOUNDO G., 2015).

Si tratta in generale di valutazioni trasversali e di larga massima, spesso di pregio, ma che non intervengono analiticamente sulle caratteristiche dei diversi sistemi, facendone discendere le ragioni delle relative *performance*. Retzlaff-Roberts *et al.* (RETZLAFF-ROBERTS *et al.*, 2004), ad esempio, hanno analizzato l'efficienza tecnica dell'utilizzo delle risorse nei Paesi OCSE, riscontrando che 13 dei 27 Paesi considerati si posizionavano sulla frontiera di efficienza e concludendo che gli *outcome* sanitari non dipendono necessariamente dall'efficienza. Anche Afonso e St. Aubyn (AFONSO e ST. AUBYN, 2006) hanno preso in considerazione i Paesi OCSE (21 in particolare); la loro analisi mostra che le *performance* dei Paesi analizzati potrebbe aumentare del 40%, iso-risorse. Anche Joumard *et al.* (JOURMARD *et al.*, 2010) hanno misurato l'efficienza della spesa sanitaria di 29 Paesi OCSE; in questo caso gli autori concludono che il recupero di efficienza garantirebbe ai Paesi di migliorare l'aspettativa di vita alla nascita di circa due anni senza ulteriori investimenti.

6. Conclusioni

Il quadro complessivo che emerge dallo studio effettuato e presentato in queste pagine non appare affatto univoco; gli approcci di studio sono assai vari e le conclusioni spesso contrastanti. Peraltro, se in taluni casi le analisi giungono a dichiarare la superiorità di un singolo sistema sanitario rispetto ad un altro (per lo più negli studi a forte componente quantitativa), ben più rari sono gli studi che suggeriscono la superiorità di una tipologia di sistema (universalistico, mutualistico o di mercato - *cf.*, paragrafo 4) rispetto ad altre (Wagstaff, 2009), mentre da nessun rapporto istituzionale e relative fonti-dati istituzionali è desumibile un tanto. Conseguentemente, nessuna indicazione di convergenza di alcuni modelli (considerati più deboli) verso altri da preferire ai primi.

Ci si chiede dunque quali confronti siano possibili e auspicabili, rifuggendo dalla facile tentazione di adottare misure sintetiche comparative, almeno non in modo esclusivo o attribuendo loro valore normativo.

Per tutto quanto sopra argomentato (*cf.* paragrafo 3) sembra che possano essere tra loro comparati sistemi sanitari o di gruppi di sistemi sanitari i cui Paesi mostrano indicatori macroeconomici, stili di vita della popolazione e caratteristiche epidemiologiche simili. Non pare quindi possibile comparare l'efficacia del servizio sanitario di un Paese industrializzato con quelli di Paesi in via di sviluppo: troppi sono i fattori sociali che non attengono alle scelte sanitarie ma che incidono livelli di *outcome* sanitario (CACACE *et al.*, 2013). È del tutto evidente, ad esempio, che una politica di vaccinazione avrà più efficacia nel caso dei Paesi in via di sviluppo, dove la presenza e l'incidenza di malattie curabili è di gran lunga superiore a quella dei Paesi progrediti.

Soffermandosi sulle caratteristiche di sistema (*cf.* paragrafo 4), e posto quanto sopra, va osservato che l'apprezzamento delle dimensioni in grado di incidere sulle *performance* può avvenire al variare dell'una contestualmente alla costanza delle altre variabili. Ad esempio, sembra utile un confronto tra sistemi sanitari analoghi per tipologia di erogatori e finanzia-

tori, ma che differiscono per la *governance* complessiva o per singoli aspetti della medesima; tra sistemi simili per struttura dell'offerta e *governance* che divergono per entità e composizione della spesa sanitaria; o, ancora, tra sistemi analoghi per tipologia di pagatori e per *governance* ma non per tipologia di produttori.

Discriminante è poi la scelta dei misuratori e dei relativi indicatori delle prestazioni. Di questo si è già detto diffusamente nel terzo paragrafo. Rimane qui da discutere la scelta a monte, da un certo punto di vista ideologica, di considerare i soli risultati di efficacia delle politiche sanitarie o anche quelli di efficienza. Nonostante il dibattito (vedi il caso del *Purchaser Efficiency Index* britannico, GROUT *et al.*, 2000) sembra inevitabile propendere per la seconda alternativa. Al di là della crisi economica ancora in atto e della cogente necessità di individuare soluzioni efficienti, infatti, è bene osservare che quello dei costi rimanda al tema allocativo delle risorse, dunque a quello dell'efficacia e dell'equità dei sistemi. In altre parole, misure ed indicatori di efficienza rappresentano il presupposto per l'auspicato (e astrattamente percorribile) incremento di produttività; a due condizioni: (1) tali misurazioni facilitino la competizione nei sistemi di offerta mista o privata (possibile a patto di abbattere le barriere all'ingresso del mercato, che appare possibile attraverso la proprietà pubblica e gestione privata) e si accetti ideologicamente la remunerazione del capitale di rischio in materia di sanità pubblica; (2) le misure e gli indicatori di efficienza siano dinamici nel tempo e possano costituire un'utile base per il riconoscimento di congrui incentivi. In ambo i casi, la misurazione dell'efficienza è astrattamente in grado di favorire percorsi virtuosi che consentono di liberare risorse impiegabili per l'incremento dell'efficacia (diminuzione delle liste di attesa, ampliamento del portafoglio di offerta, della prossimità delle prestazioni etc.), dell'equità (estensione di servizi gratuiti, dimensionamento dei livelli di compartecipazione privata alla spesa), della pressione fiscale (diminuzione della spesa sanitaria pubblica) o di un mix dei precedenti.

In definitiva, il tema del confronto delle *performance* è assai complesso e multifattoriale: è ben approfondito metodologicamente e indagato a livello di singola azienda; rimane da sviluppare in rapporto ai sistemi di aziende (sistemi sanitari); è tutto da esplorare in termini metodologici e di sue ricadute nel caso di sistema-tipo (modelli di sistema sanitario). Allo stato dell'arte sembra possibile il secondo tipo di approfondimento (comparazione tra diversi sistemi) a patto di impiegare le cautele qui discusse e segnatamente quella di investigare l'impatto sul sistema della variazione di singole dimensioni di sistema in costanza delle altre. Assai improbabile, anche se astrattamente percorribile sembra invece la terza linea di comparazione (comparazione di modelli-tipo di sistema), almeno per le discipline economico-aziendali e per i suoi presupposti fondativi; si arriverebbe infatti a teorizzare un modello sanitario valido in astratto, disallineato rispetto alla storia, ai livelli di sviluppo e all'idea di sanità pubblica dei singoli Paesi.

ALESSANDRO LOMBRANO

Ricercatore confermato di Economia Aziendale

Università degli Studi di Udine

Bibliografia

- AA. VV. (2012), *La gestione dei sistemi sanitari negli Stati membri dell'UE. Il ruolo degli enti locali e regionali*, European Committee of the Regions, Unione Europea, Bruxelles.
- AFONSO A., ST. AUBYN M. (2005), "Non-parametric approaches to educational and health expenditures efficiency in OECD countries", in *Journal of Applied Economics*, Vol 8 n. 2, pagg. 227-246.
- AIROLDI G., BRUNETTI G., CODA V. (1994), *Economia aziendale*, Il mulino, Bologna.
- AMIGONI F. (1979), *I sistemi di controllo direzionale. Criteri di progettazione e impiego*, Franco Angeli, Milano.
- ANDERSON G.F., HURST J., HUSSEY P. S., JEE-HUGHES M. (2000), "Health spending and outcomes: Trends in OECD countries, 1960-1998" in *Health Affairs*, vol. 19, n. 3, pagg. 150-157.
- ANTON S. G. (2013), "Technical efficiency in the use of health care resources: a cross country analysis", in *Scientific Annals of the Alexandru Ioan Cuza University of Iași Economic Sciences*, vol. 60, n. 1, pagg. 1-12.
- ARMENI P., COSTA F., FURNARI A. (2016), "Il confronto dei sistemi sanitari in una prospettiva internazionale", in AA. VV., *Rapporto OASI 2016*, Egea, Milano, pagg. 33-81.
- ASISKIVITCH S. (2010), "The Impact of healthcare systems and their financing on Life Expectancies of women and men", in *Social Science and Medicine*, vol. 70, pagg. 886-895.
- BABAZONO A., HILMAN A.L. (1994), "A comparison of international health outcomes and health care spending", in *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, vol. 10, n. 3, pagg. 376-381.
- BAC C. (2004), *Les déterminants macro-économiques des dépenses de santé: comparaison entre quelques pays développés*, Relazione n. 424 (2003-2004), elaborata a nome della commissione per gli affari sociali, depositata il 21 luglio 2004, disponibile online: <http://www.senat.fr/rap/103-424-1/103-424-112.html>.
- BEGGER M.C., MESSER J. (2002), "Public financing of health expenditures, insurance, and health outcomes", in *Applied Economics*, vol. 34, n. 17, pagg. 2005-2113.
- BERRY F.S., BROWER R.S., CHOI S.O., XINFANG G.W., JANG H.S., MYUNGJUNG K. (2004), "Three traditions of network research: What the public management research agenda can learn from other research communities", in *Public Administration Review*, vol. 64, n. 5, pagg. 539-552.
- BÖHM K., SCHMID A., GÖTZE R., LANDWEHR C., ROTHGANG H. (2013), "Five types of OECD healthcare systems: empirical results of a deductive classification", in *Health Policy*, vol. 114, n. 3, pagg. 258-269.
- BUSSE R., SCHREYÖGG J., GERICKE C. (2007), *Analyzing changes in health financing arrangements in high-income countries: a comprehensive framework approach*, Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper, World Bank, Washington.
- CACACE M., EITTELT S., MAYS N., NOLTE E. (2013), "Assessing quality in cross-country comparisons of health systems and policies: Towards a set of generic quality criteria", in *Health Policy*, vol. 112, n. 1-2, pagg. 156-162.
- ČEPIKU D., CONTE A., D'ADAMO A. (2010), "La valutazione multi-livello delle performance dei network di interesse generale. Analisi di due casi studio in sanità", in *Mecosan*, vol. 19, n. 75, pagg. 23-41.
- CONSIGLIO DELL'UNIONE EUROPEA (2010), *Relazione congiunta del Comitato di politica economica e della Commissione europea sui sistemi di assistenza sanitaria in Europa (16940/10)*, ECOFIN 768 - SAN 274.
- CUCCURULLO C., ARIA M., SARTO F. (2014), "Exploring healthcare governance literature: systematic review and paths for future research", in *Mecosan*, vol. 22, n. 91, pagg. 61-80.
- CYLUS J., PAPANICOLAS I., SMITH P.C. (2016), *Health system efficiency. How to make measurement matter for policy and management*, in *European Journal of Operational Research*, European Observatory on Health Systems and Policies. Health Policies Series, n. 46, Copenhagen.
- DE ROSARIO J.M. (1999), "Healthcare system performance indicators: a new beginning for a reformed Canadian healthcare system", in *Journal for Healthcare Quality*, vol. 21, n. 1, pagg. 37-41.
- DONABEDIAN A. (2003), *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*, Oxford University Press, Oxford.
- DUTU R., SICARI P. (2016), *Public spending efficiency in the OECD: benchmarking health care, education and general administration*, OECD Economics Department Working Papers, n. 1278, OECD Publishing, Paris.
- EOLA J., DAPONTE A., NAVARRO V. (1995), "Health indicators and the organization of health care systems in western Europe", in *American Journal of Public Health*, vol. 85, n. 10, pagg. 1397-1401.
- FORDE I., MORGAN D., KLAZINGA N.S. (2013), "Resolving the challenges in the international comparison of health systems: the must do's and the trade-offs", in *Health Policy*, vol. 112, n. 1-2, pagg. 4-8.
- FURNARI A., GUGIATTI A., PETRACCA F. (2016), "La struttura e le attività del SSN", in AA. VV., *Rapporto OASI 2016*, Egea, Milano, pagg. 83-153.
- GAYNOR M., MOSTASHARI F., GINSBURG P.B. (2017), "Making health care policy work: competition policy for health care", in *Journal of the American Medical Association*, vol. 313, n. 13, pagg. 1313-1314.
- GERDTHAM U.G., SØGAARD J., JÖNSSON B., ANDERSSON F. (1992a), "A pooled cross-section analysis of the health care expenditures of the OECD countries", in ZWEIFEL P., FRECH H.E. (a cura di), *Health Economics Worldwide. Developments in Health Economics and Public Policy. Vol 1*, Springer, Dordrecht, pagg. 287-310.
- GERDTHAM U.G., SØGAARD J., JÖNSSON B., ANDERSSON F. (1992b), "An econometric analysis of health care expenditure: a cross-section study of the OECD countries", in *Journal of Health Economics*, vol. 11, n. 1, pagg. 63-84.

- GROUT P.A., JENKINS A., PROPPER C. (2000), *Benchmarking and incentives in the NHS*, OHE, London.
- HERNÁNDEZ DE COS P., MORAL-BENITO E. (2014), “Determinants of health-system efficiency: evidence from OECD countries” in *International Journal of Health Economics and Management*, vol. 14, n.1, pagg. 69-93.
- HITTIRIS T., PONNETT J. (1992), “The determinants and effects of health expenditure in developed countries”, in *Journal of Health Economics*, vol. 11, n. 2, pagg. 173-181.
- HOLLINGSWORTH B., WILDMAN J. (2003), “The efficiency of health production: re-estimating the panel data using parametric and non-parametric approaches to provide additional information” in *Health Economics*, vol. 12, n. 6, pagg. 493-504.
- JAFAROV E., GUNNAESSON V. (2008), *Government spending on health care and education in Croatia: efficiency and reform options*, IMF Working Paper, n. 136, Washington.
- JOUMARD I., ANDRÉ C. NICQ C. (2010), *Health care systems: efficiency and institutions*, OECD Economics Department Working Papers, n. 769, OECD Publishing, Paris.
- KAPLAN R.S., NORTON D.P. (1992), “The balanced scorecard - measures that drive performances”, in *Harvard Business Review*, vol. 70, n.1, pagg. 71-79.
- L'HORTY Y., QUINET A., RUPPRECHT F. (1997), “Expliquer la croissance des dépenses de santé: le rôle de niveau de vie et du progrès technique”, in *Economie et Prévision*, vol. 3-4, n. 129-130, pagg. 255-266.
- LEU R.E. (1986), “The public-private mix and international health care costs”, in CULYER A.J. e JÖNSSON B. (a cura di), *Public and Private Health Services: Complementarities and Conflicts*, Blackwell, Oxford and New York, pagg.41-63.
- LEVY A. e SOBOLEV B., a cura di, (2016), *Comparative effectiveness research in health services*, Springer References, New York.
- LOPEZ-CASASNOVAS G., MAYNOU L., SAEZ M. (2015), “Another look at the comparisons of the health systems expenditure indicators”, in *Social Indicator Research*, vol. 121, n.1, pagg. 149-175.
- O' TOOLE L.J.J. (1997), “Treating networks seriously: practical and research-based agendas in public administration”, in *Public Administration Review*, vol. 57, n. 1, pagg. 45-52.
- OECD (2004), *Towards high-performing health systems. Policy studies*, OECD Publishing, Paris.
- OR Z. (2000a), *Exploring the effects of health care on mortality across OECD countries*, OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers, n. 46, OECD Publishing, Paris.
- OR Z. (2000b), *Determinants of health outcomes in industrialized Countries: a pooled, cross-country, time-series analysis*, OECD Economic Studies, n. 30, OECD Publishing, Paris.
- PAPANICOLAS I., SMITH P.C., a cura di, (2013), *Health system performance comparison. An agenda for policy, information and research*, McGraw-Hill - Open University Press, Maidenhead.
- PAPANICOLAS I., ASHISH K. J., (2017), “Challenges in international comparison of health care systems”, in *JAMA*, vol. 318, n. 6, pagg. 515-516.
- PARIS V., DEVAUX M., WEI L. (2010), *Health systems institutional characteristics: a survey of 29 OECD countries*, OECD Health Working Papers, n. 50, OECD Publishing.
- PEIRCE C.S. (2005), *Scritti scelti*. Edizione postuma a cura di Maddalena G., UTET, Torino.
- PROVAN K.G., MILWARD H.B. (2000), “Governing the hollow State”, in *Journal of Public Administration Research and Theory*, vol. 2, n.10, pagg. 359-379.
- PRZYWARA B. (2010), *Projecting future health care expenditure at European level: drivers, methodology and main results*, Economic Papers, n. 41, European Union, Bruxelles.
- RAGUSEO D., VLČEK P. (2007), “The health care in Europe: a multi-criteria approach”, in *International Archives*, vol. 70, n. 3, pagg. 46-55.
- RAJKUMAR A.S., SWAROOP V. (2008), “Public spending and outcomes: does governance matter?”, in *Journal of Development Economics*, vol. 86, n. 1, pagg. 96-111.
- RETZLAFF-ROBERTS D., CHANG C. F., RUBIN R. M., (2004). “Technical efficiency in the use of health care resources: a comparison of OECD countries”, in *Health Policy*, Vol. 69, n. 1, pagg. 55-72
- SELF S., GRABOWSKI R. (2003), “How effective is public health expenditure in Improving overall health? A cross-country analysis”, in *Applied Economics*, vol. 35, n. 7, pagg. 835-845.
- SINIMOLE K.R. (2012), “Evaluation of the efficiency of national health systems of the members of World Health Organization”, in *Leadership in Health Services*, vol. 25 n. 2, pagg. 139-150.
- SNOWDON A., CHEN J. (2011), *Strengthening health systems through innovation: lessons learned*, Ivey International Centre for Health Promotion, Western University, London.
- SPINKS J., HOLLINGSWORTH B. (2009), “Cross-country comparisons of technical efficiency of health production: a demonstration of pitfalls”, in *Applied Economics*, vol. 41, n. 4-6, pagg. 417-427.
- SUMAH A.M., BAATIEMA L., ABIMBOLA S. (2016), The impacts of decentralisation on health-related equity: A systematic review of the evidence”, in *Health Policy*, vol. 120, n. 10, pagg. 1183-1192.
- TANDON A., MURRAY C. J. L., LAUER J. A., EVANS D. (2000), *Measuring overall health system performance for 191 countries*, GPE discussion Paper Series, n. 30, World Health Organization, Geneva.
- THORNTON J. (2002), “Estimating a health production function for the US: some new evidence”, in *Applied Economics*, vol. 34, n. 1, pagg. 59-62.
- TURRINI A., CRISTOFOLI D., FROSINI F., NASI G. (2010), “Networking literature about network effectiveness”, in *Public Administration*, vol. 88, n. 2, pagg. 528-550.

- VARABYOVA Y., MÜLLER J. M. (2016), “The efficiency of health care production in OECD countries: A systematic review and meta-analysis of cross-country comparisons”, in *Health Policy*, vol. 120, pagg. 252-263
- YAYA S., DANHOUNDO G. (2015), “Introduction: special issue on innovations in health care system reform in OECD Countries”, in *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*, vol. 20, n. 1, pagg. 1-12.
- YOUNGJU K., WONHYUK C., KWANGHO J. (2012), “Does decentralization matter in health outcomes? Evidence from 22 OECD unbalanced panel data for 1995–2005” in *International Review of Public Administration*, vol. 17, n. 1, pagg. 1-32.
- WAGSTAFF A. (2009), Social Health Insurance vs Tax-Financed Health Systems. Evidence from the OECD, Policy Research Working Paper n. 4821, The World Bank, Washington.
- ZANIN L. (2013), “I sistemi di programmazione e controllo nei *network* pubblici: analisi della letteratura”, in GARLATTI A., LOMBRANO A., ZANIN L., *Relazioni interaziendali nel governo locale*, FORUM Editore, Udine, pagg. 189-208.

Banche dati

- Osservatorio europeo sulle politiche e i servizi sanitari (*European Observatory on Health Systems and Policies*). [Http://www.hspm.org/mainpage.aspx](http://www.hspm.org/mainpage.aspx).
- OCSE/OECD (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico/*Organisation for Economic Cooperation and Development*). [Http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm](http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm)
- Federazione europea degli ospedali (*European Hospital and Healthcare Federation*). [Http://www.hope.be](http://www.hope.be).
- Rapporti ASISP (*Analytical Support on the Socio-Economic Impact of Social Protection Reforms*). [Http://ec.europa.eu/social/keyDocuments.jsp?advSearchKey=asisp&mode=advancedSubmit&langId=en&policyArea=&type=0&country=0&year=0&orderBy=docOrder](http://ec.europa.eu/social/keyDocuments.jsp?advSearchKey=asisp&mode=advancedSubmit&langId=en&policyArea=&type=0&country=0&year=0&orderBy=docOrder).
- OASI (Osservatorio sulle Aziende e il Sistema sanitario Italiano - [Http://www.cergas.unibocconi.it/wps/wcm/connect/Cdr/Centro_CERGASit/Home/Chi+siamo/Osservatori/OASI/](http://www.cergas.unibocconi.it/wps/wcm/connect/Cdr/Centro_CERGASit/Home/Chi+siamo/Osservatori/OASI/)
- Laboratorio MeS (Management e Sanità). [Http://performance.sssup.it/netval/start.php?action=reg](http://performance.sssup.it/netval/start.php?action=reg).