

Titolo originale: *Economics of the Public Sector*, Third Edition  
Copyright © 2000, 1988, 1986 by Joseph E. Stiglitz, the Trustee of Edward  
Hannaway Stiglitz Trust, the Trustee of Julia Hannaway Stiglitz Trust and  
the Trustee of the Trust for the Benefit of Joseph E. Stiglitz's Children  
Published by W.W. Norton & Company, Inc., New York  
All rights reserved

Per l'edizione italiana

**Copyright © Ulrico Hoepli Editore S.p.A. 2004**

via Hoepli 5, 20121 Milano (Italy)

tel. +39 02 864871 – fax +39 02 8052886

e-mail [hoepli@hoepli.it](mailto:hoepli@hoepli.it)

[www.hoepli.it](http://www.hoepli.it)

Traduzione e adattamento di: Valeria De Bonis (capp. 5 e 6), Francesca  
Gastaldi (capp. 8, 9, 10), Lisa Grazzini (capp. 4 e 7), Enrico Lippi (capp. 2  
e 3), Paolo Liberati (capp. 11 e 12), Francesca Nugnes (cap. 1), Luca  
Spataro (capp. 5 e 6)

Tutti i diritti sono riservati a norma di legge  
e a norma delle convenzioni internazionali

**ISBN 88-203-3286-8**

Ristampa:

4	3	2	1	0	2004	2005	2006	2007	2008
---	---	---	---	---	------	------	------	------	------

Realizzazione editoriale: ART Servizi editoriali S.p.A., Bologna

Redazione: Federica Stefanini

Progetto grafico: Marina Baldisserri

Impaginazione: Pietro Genna

Copertina: MN&CG S.r.l., Milano

Stampa: Legoprint S.p.A., Lavis (Trento)

Printed in Italy

# 4

## Sanità

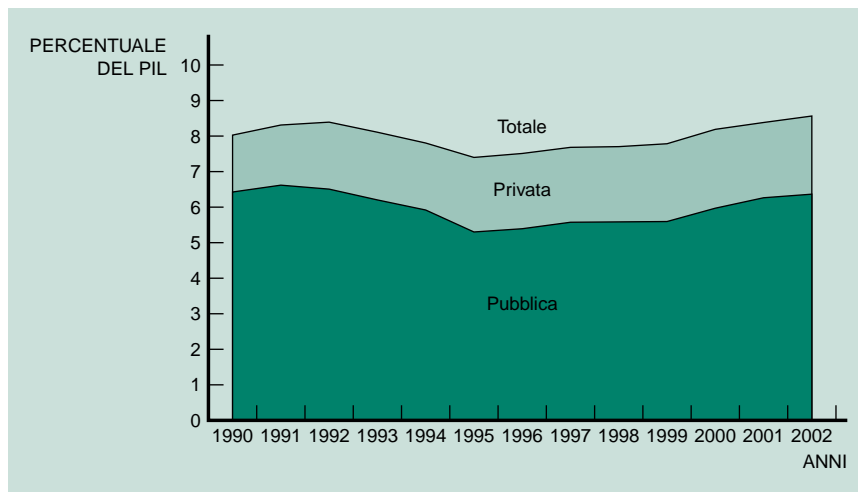
### DOMANDE FONDAMENTALI



- 1 Quali sono i problemi fondamentali che devono essere affrontati dai moderni sistemi sanitari?
- 2 Qual è il ruolo svolto dal settore pubblico nei moderni sistemi sanitari?
- 3 Quali sono le motivazioni che giustificano l'intervento pubblico? Quali sono i fallimenti del mercato? Per quali motivi il mercato della sanità è diverso dai mercati degli altri beni? Perché considerazioni distributive sono particolarmente importanti nella sanità?
- 4 Quali problemi si presentano se una quota rilevante dei costi della sanità è coperta da assicurazioni? Quali sono i problemi che devono essere affrontati dagli assicuratori?
- 5 Quali sono oggi gli aspetti più importanti oggetto delle politiche pubbliche? In che modo potrebbero essere ridotti i costi per l'assistenza sanitaria o estese le coperture assicurative? Quali sono le insidie e i limiti connessi alle privatizzazioni?

La spesa pubblica per la sanità in Italia nel 2002 è stata pari a 81.295 miliardi di lire (poco meno di 42 milioni di euro), corrispondenti al 6,5% del PIL. Questa quota è più che raddoppiata rispetto a quella del 1960 (quando era il 3,1%). In realtà, la crescita della spesa si è concentrata nei primi venticinque anni: nel 1985 era già pari al 6,5% del PIL. Successivamente, dopo una fase di relativa stabilità (il massimo è stato toccato nel 1991 con il 6,7%), gli anni '90 hanno visto una sensibile riduzione, fino a raggiungere il 5,6% del 1998. Nel primo scorcio di questo millennio la tendenza si è nuovamente invertita, la spesa ha ripreso a crescere in misura rilevante, riportandosi sui livelli di dieci anni prima. Occorre osservare, tuttavia, che negli anni '90 la riduzione della spesa pubblica è stata in parte compensata da una crescita della spesa privata per la sanità. La componente privata della spesa sanitaria nel 1990 rappresentava un quinto della spesa totale, mentre oggi essa è superiore a un quarto del totale. La Figura 4.1 mostra l'andamento delle due componenti della spesa sanitaria (in rapporto al PIL) a partire dal 1990. Da un confronto con i principali paesi industrializzati, emerge che la spesa sanitaria italiana è piuttosto bassa. Questa ossevasione è valida sia per la spesa pub-

## CAPITOLO 4



**Figura 4.1** La spesa sanitaria in Italia dal 1990. La figura mostra l'andamento della spesa sanitaria (in percentuale del PIL), distinta per fonte di finanziamento. Negli anni '90, alla diminuzione della spesa pubblica si è accompagnata la crescita di quella privata.

Fonte: per la spesa pubblica: ISTAT, *Spesa delle Amministrazioni pubbliche per funzione*. Serie SEC95 – anni 1990-2002, Roma, 2004; per la spesa privata: *OECD Health Data 2003*.

blica (in cui il livello italiano è analogo a quello di Stati Uniti, Giappone e Regno Unito, ma significativamente inferiore a quello di Germania, Svezia, Francia e Canada) sia per quella totale (dove spicca il dato degli Stati Uniti, con una percentuale di due terzi superiore a quella italiana), come mostra la Tabella 4.1.

La forte crescita della spesa sanitaria negli ultimi anni sembra essere una caratteristica comune ai maggiori paesi industrializzati. Nel primo scorcio di questo secolo, in molti paesi industrializzati si sono riscontrati tassi di crescita annuali per la spesa sanitaria pubblica che sfiorano o superano il 10%. Le cause della crescita possono essere distinte in "fisiologiche" ed "economiche". Le prime dipendono dall'invecchiamento della popolazione, dall'aumento della speranza di vita e dal quadro epidemiologico; le seconde dipendono, invece, dai prezzi delle prestazioni, dalle inefficienze di produzione dei servizi sanitari, dalla domanda dei consumatori, per esempio la richiesta di una migliore qualità della vita espressa dai malati cronici, o di interventi pubblici sostitutivi di quelli familiari e così via. Poiché le due tipologie di cause sono strettamente connesse, non sempre risulta semplice distinguere quanta parte dell'aumento dei costi sia da attribuire a una piuttosto che all'altra: nel caso, per esempio, dell'aumento dei costi di ricovero, questo può essere dovuto a peggioramenti nei livelli di efficienza ma anche alla fornitura di prestazioni con un contenuto tecnologico più sofisticato.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Cfr. V. Mapelli, "Ambizioni e realtà del SSN", in M.C. Guerra e A. Zanardi (a cura di), *La Finanza pubblica italiana. Rapporto 2003*, Bologna, Il Mulino, 2003.

## SANITÀ

**Tabella 4.1** La spesa per la sanità nel 2001 nei paesi dell'Unione Europea e nei maggiori paesi extraeuropei (percentuali del PIL)

Paese	Spesa pubblica	Spesa privata	Totale
Austria	5,3	2,4	7,7
Belgio	6,4	2,6	9,0
Danimarca	7,1	1,5	8,6
Finlandia	5,3	1,7	7,0
Francia	7,2	2,3	9,5
Germania	8,0	2,7	10,7
Grecia	5,2	4,2	9,4
Irlanda	4,9	1,6	6,5
Italia	6,3	2,1	8,4
Lussemburgo	4,9	0,7	5,6
Olanda	5,7	3,2	8,9
Portogallo	6,3	2,9	9,2
Regno Unito	6,2	1,4	7,6
Spagna	5,4	2,1	7,5
Svezia	7,4	1,3	8,7
Canada	6,9	2,8	9,7
Giappone	6,2	1,8	8,0
Stati Uniti	6,2	7,7	13,9

Fonte: OECD Health Data 2003.

A questo proposito, le questioni su cui verte il dibattito politico attuale sono le seguenti: i fenomeni descritti sono semplicemente contemporanei o, piuttosto, c'è ragione di credere che il più esteso intervento pubblico abbia "causato" l'incremento registrato nella spesa totale e nel costo dei servizi sanitari? Si spende troppo per la sanità? La qualità dei servizi ottenuti è adeguata alla spesa sopportata? Il modo in cui vengono finanziati ed erogati i servizi sanitari può definirsi equo ed efficiente?

In particolare, nel caso del settore sanitario italiano, la recente introduzione del federalismo ha fatto sorgere nuove preoccupazioni circa le difficoltà derivanti dall'assicurare un sistema sanitario che, per motivazioni di carattere etico-distributivo, dovrebbe avere una portata nazionale in un contesto nell'ambito del quale le Regioni dispongono di una nuova autonomia finanziaria. In particolare, inquieta la disomogeneità di un'allocatione territoriale delle risorse fortemente sperequata tra le varie Regioni. Questo crea preoccupazioni soprattutto da un punto di vista finanziario: nel passato, lo squilibrio tra l'andamento della spesa sanitaria e quello delle fonti autonome di finanziamento regionale ha creato forti disavanzi e questo fenomeno sembra ancor più grave dato che, nell'ambito del nascente federalismo sanitario, la spesa regionale dovrà sempre più affidarsi a tali

## CAPITOLO 4

fonti di finanziamento, soprattutto in conseguenza della completa soppressione dei trasferimenti statali.<sup>2</sup> A questo proposito, viene discussa l'equità di alcune caratteristiche del sistema di finanziamento. Inoltre, c'è preoccupazione per la rapida crescita dei costi ospedalieri e di quelli farmaceutici. Alcuni ritengono che l'attuale sistema abbia condotto a un eccessivo utilizzo dei servizi sanitari, in altre parole che il beneficio marginale di tali servizi sia, in realtà, inferiore al loro costo marginale. Altri pongono l'accento soprattutto sulla qualità dei servizi erogati, ritenendola insoddisfacente e invocando interventi tesi a migliorarla.

Questo capitolo ha un duplice obiettivo. Da un lato intende fornire una panoramica del sistema sanitario italiano con particolare riferimento alle recenti riforme intervenute in questo settore, dall'altro intende analizzare quali sono i principali fallimenti del mercato che giustificano l'intervento pubblico nella sanità.

#### 4.1 Sistemi sanitari dei paesi industrializzati

Tutti i maggiori paesi industrializzati hanno sviluppato, nel corso degli ultimi cinquant'anni, sistemi sanitari che garantiscono assistenza alla grande maggioranza della popolazione e nei quali è molto importante il ruolo svolto dal settore pubblico nel finanziamento e nella produzione dei servizi. Dal punto di vista delle caratteristiche istituzionali, si possono distinguere tre tipi di sistemi sanitari.

Il sistema del **Servizio Sanitario Nazionale**, nel quale, almeno in teoria, risulta servita l'intera popolazione, è basato sull'erogazione di un'estesa gamma di servizi sanitari, in forma gratuita o semigratuita. Il governo centrale e quelli locali sono responsabili per il finanziamento e il coordinamento delle strutture. I servizi sono forniti da ospedali pubblici, da singoli medici e da centri sanitari privati, finanziati dallo Stato. Accanto al sistema a finanziamento pubblico, coesiste un sistema privato al quale si rivolgono gli individui disposti a pagare per i servizi ottenuti. Il Regno Unito e, come si vedrà, l'Italia sono tra i paesi che hanno sviluppato questo sistema, che dal punto di vista del contenimento della spesa sembra offrire i migliori risultati.

Nel sistema di **assicurazione sociale**, lo Stato finanzia buona parte della spesa, rimborsando i costi sostenuti dai cittadini, e fornisce direttamente alcuni servizi. Il sistema è normalmente basato su una serie di fondi di assicurazione sanitaria finanziati dallo Stato ed è esteso a tutti i lavoratori e ai loro familiari. Una parte della popolazione, tuttavia, non gode di copertura assicurativa. I servizi sono forniti da strutture sia pubbliche sia private e i prezzi dei servizi sono spesso regolati in base ad accordi tra governo, fondi assicurativi e associazioni mediche. Questo sistema è adottato in Germania e Francia.

Nel sistema di **assicurazione privata**, particolarmente sviluppato negli Stati

<sup>2</sup> Cfr. A. Petretto, S. Lorenzini, N. Sciclone, "Il processo di decentramento sanitario tra passato e futuro", in G. Fiorentini (a cura di), *I servizi sanitari in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2003.

Uniti, il finanziamento è a carico di compagnie private di assicurazione. L'organizzazione dell'industria sanitaria è, tuttavia, estremamente simile a quella del sistema di assicurazione sociale: i servizi sono forniti da strutture pubbliche e private e i prezzi, specie quelli dei servizi ospedalieri, sono spesso regolati in base ad accordi tra governo, associazioni mediche e compagnie di assicurazione. Il confronto tra gli Stati Uniti e gli altri paesi sembra indicare che il sistema del finanziamento privato determina una spesa complessiva eccessiva.

#### 4.1.1 Cenni sul sistema sanitario degli Stati Uniti

Il settore pubblico svolge un ruolo importante anche nel finanziamento di un sistema come quello americano, basato sulle assicurazioni private. La spesa privata per assicurazioni sanitarie è, infatti, ampiamente sussidiata attraverso il sistema tributario; inoltre, l'assistenza per alcune categorie disagiate della popolazione è assicurata direttamente dallo Stato. Il sistema delle assicurazioni private si rivolge soprattutto ai lavoratori occupati, trattandosi – nella maggior parte dei casi – di assicurazioni stipulate dal datore di lavoro a favore dei suoi dipendenti.

Vi sono due tipologie principali di assicurazione privata. Nel caso della prima, denominata *fee-for-service*, i medici ricevono un rimborso sulla base della prestazione erogata. In genere, l'assicurazione rimborsa un ammontare fisso del costo totale della prestazione, fino a un tetto massimo prestabilito. Spesso poi la compagnia assicuratrice rimborsa unicamente una quota in eccesso rispetto a un dato ammontare (franchigia): la parte restante (compartecipazione) è a carico dell'assicurato. Nel caso della seconda tipologia, denominata HMO (*Health Maintenance Organizations*), ciascun assicurato riceve completa assistenza sanitaria dietro pagamento di una quota di iscrizione annuale. Il paziente però deve rivolgersi ai medici che fanno parte della HMO.<sup>3</sup> Le HMO si sono diffuse rapidamente negli Stati Uniti, soprattutto perché sono riuscite a ridurre i costi della sanità. Tali strutture, che retribuiscono i medici alle loro dipendenze con uno stipendio, sarebbero incentivate a perseguire una maggiore efficienza più di quanto non siano le tradizionali strutture sanitarie; dal momento che sono responsabili per tutta l'assistenza sanitaria necessaria ai loro iscritti, esse sono orientate, più che a produrre servizi sanitari, a produrre "salute" nel modo più efficiente possibile. Per raggiungere questo obiettivo, esse dovrebbero riservare alla medicina preventiva un ruolo maggiore di quello tradizionalmente svolto. Nel caso della prima tipologia, infatti, vi è un incentivo a richiedere un numero elevato di prestazioni da parte sia dei medici (maggiori prestazioni si traducono in un reddito più elevato) sia dei pazienti

<sup>3</sup> Esistono anche sistemi misti, per esempio i *preferred provider plans*, che rimborsano completamente le visite eseguite presso i medici che fanno parte del piano, mentre rimborsano solo parzialmente le visite eseguite presso medici che non ne fanno parte.

ti (avversi al rischio), poiché il costo è a carico dell'assicurazione (fenomeno del terzo pagante). Tale incentivo è ridotto nel caso delle HMO, anche se, secondo i critici di tale meccanismo, questa riduzione viene ottenuta a scapito della qualità delle prestazioni erogate, soprattutto negli ultimi anni, in cui la concorrenza tra HMO è aumentata notevolmente con conseguenti riduzioni dei margini di profitto.

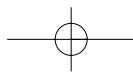
I più importanti programmi di assistenza sanitaria pubblica, introdotti negli anni '60, sono due. Il programma di dimensioni maggiori è noto come *Medicare* e fornisce assistenza a tutti gli anziani (oltre i 65 anni), senza alcuna esclusione. I beneficiari pagano un contributo, insufficiente, tuttavia, al finanziamento del programma, che è assicurato in parte da un contributo gravante sulle retribuzioni dei lavoratori attivi e in parte dal sistema tributario generale.

Il secondo programma, chiamato *Medicaid*, fornisce assistenza sanitaria agli individui a basso reddito. I singoli Stati determinano, all'interno di criteri generali stabiliti dal governo federale, le condizioni che danno diritto all'assistenza e contribuiscono al finanziamento per una quota variabile, che dipende dal reddito *pro-capite* dello Stato.

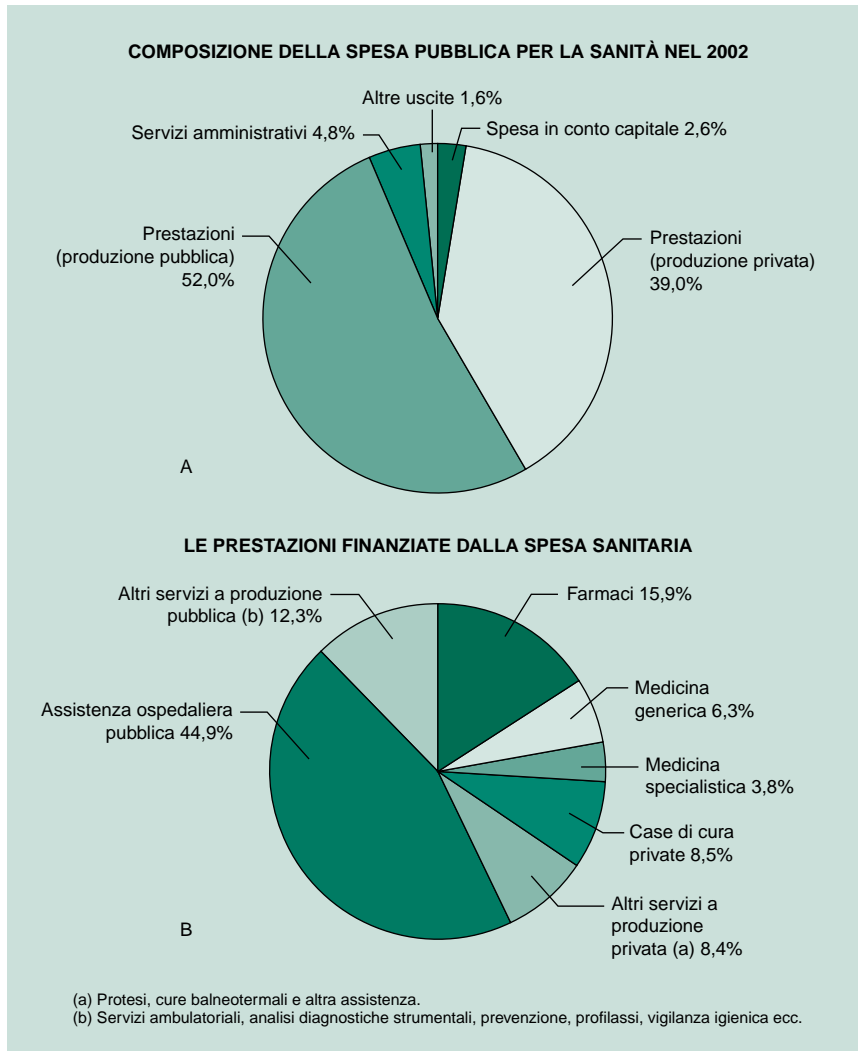
Una delle questioni principali del dibattito sull'assistenza sanitaria negli Stati Uniti riguarda il fatto che la copertura assicurativa è progressivamente diminuita nel corso degli anni. Mentre nel 1987, poco più di un individuo su otto non era assicurato, oggi non lo è quasi un individuo su sei. Tipicamente coloro che non sono coperti né da uno schema privato né da un programma pubblico sono gli impiegati in lavori a basso reddito, i lavoratori senza un contratto regolare e i lavoratori autonomi. Tuttavia, poiché coloro che non sono assicurati hanno comunque accesso all'assistenza sanitaria (gli ospedali, almeno quelli pubblici, normalmente non rifiutano le cure a coloro che ne hanno bisogno, indipendentemente dal fatto che siano assicurati o possano pagare di tasca propria), spesso essi ricevono il trattamento adeguato in ritardo, aumentando così i costi totali dell'assistenza, costi che poi vengono traslati su altre categorie di soggetti.

## 4.2 Sistema sanitario italiano

La spesa pubblica per la sanità è costituita essenzialmente da prestazioni in natura erogate ai cittadini. La spesa in conto capitale costituisce meno del 3% del totale e la spesa per servizi amministrativi (la burocrazia della sanità pubblica) meno del 5%. La spesa per prestazioni finanzia beni e servizi prodotti per il 43% dal settore privato (farmaci, assistenza medico-generica e specialistica, case di cura private) e per il 57% dal settore pubblico (in massima parte spesa ospedaliera). Nell'insieme la spesa sanitaria pubblica è soprattutto spesa per gli ospedali: ospedali pubblici e case di cura private assorbono assieme oltre il 53% della spesa per prestazioni. La composizione della spesa pubblica per la sanità nel 2002 è mostrata nella Figura 4.2.

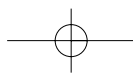


**SANITÀ**



**Figura 4.2** Settori finanziati dalla spesa pubblica per la sanità. (A) La spesa pubblica per la sanità per oltre il 90% finanzia prestazioni sociali in natura: beni e servizi per i cittadini, prodotti dal settore pubblico (per esempio, l'assistenza ospedaliera) o dal settore privato (per esempio, farmaci e visite mediche). Il peso dei servizi amministrativi e della spesa in conto capitale è modesto. (B) Tra le prestazioni, la voce di gran lunga più importante è l'assistenza ospedaliera: ospedali pubblici e case di cura private insieme assorbono oltre metà della spesa. Segue, in ordine di importanza, la spesa farmaceutica.

Fonte: ISTAT, *Conti ed aggregati economici delle Amministrazioni pubbliche*. Serie SEC95 – anni 1999-2002, Roma, 2003; ISTAT, *Spesa delle Amministrazioni pubbliche per funzione*. Serie SEC95 – anni 1990-2002, Roma, 2004.





## CAPITOLO 4

La sanità pubblica italiana è stata oggetto di recenti riforme che hanno introdotto importanti novità rispetto al passato. Negli ultimi anni, ogni Regione ha elaborato un proprio modello organizzativo di offerta dei servizi sanitari per cui, allo stato attuale, secondo alcuni osservatori esistono tanti sistemi sanitari quante sono le Regioni. Per meglio comprendere le novità introdotte, è utile ripercorrere le tappe fondamentali dell'evoluzione del nostro sistema sanitario. Il Sistema Sanitario Italiano (SSN) è stato istituito nel 1978, allo scopo di sostituire il precedente modello mutualistico a rimborso (diverso per ciascuna attività professionale) ed estendere quindi l'assistenza sanitaria a tutta la popolazione indipendentemente dalla condizione socioeconomica e lavorativa di ciascun cittadino. Con l'SSN, gli utenti finali avevano (e hanno tuttora) diritto a servizi gratuiti finanziati attraverso la fiscalità generale. Inoltre, livelli di spesa *pro-capite* più o meno omogenei tra le Regioni garantivano un certo grado di perequazione territoriale. In particolare, l'organizzazione del servizio avveniva a diversi livelli (come avviene tuttora anche se con un diverso peso relativo): il governo centrale stabiliva l'ammontare del finanziamento destinato alla sanità (FSN, *Fondo Sanitario Nazionale*) e lo suddivideva tra le Regioni, queste decidevano il tipo di servizi da erogare sul proprio territorio e, da ultimo, le USL (*Unità Sanitarie Locali*) gestivano le risorse attraverso le proprie strutture che includevano anche gli ospedali.

Nel corso degli anni, il sistema appena descritto se, da un lato, ha permesso di estendere l'assistenza sanitaria all'intera popolazione, dall'altro ha fatto sorgere una serie di problemi relativi sia alla gestione delle risorse sia alle procedure di finanziamento. Per quanto riguarda le prime, erano diffuse varie distorsioni, come per esempio l'influenza dei politici nella gestione delle USL, la mancanza di incentivi economici che garantissero un rapporto esclusivo del personale sanitario con il settore pubblico, un criterio di finanziamento che non si basava sulle prestazioni erogate ma sull'entità dei costi sostenuti (per esempio, i giorni di ricovero nel caso di cure ospedaliere). Per quanto riguarda il secondo aspetto, la separazione tra decisioni di finanziamento (centralizzate) e di spesa (decentralizzate) aveva creato varie distorsioni dovute al fatto che, da un lato, il governo centrale tendeva a sottofinanziare l'FSN e, dall'altro, le Regioni, non avendo la responsabilità finanziaria delle proprie spese, ricorrevano all'indebitamento, sapendo che prima o poi tali debiti sarebbero stati ripianati a livello centrale.

Le riforme avviate negli anni '90<sup>4</sup> hanno avuto come obiettivo quello di superare le problematiche appena descritte; occorre tuttavia sottolineare che esse si inseriscono nell'ambito di un più generale programma di risanamento della finanza pubblica iniziato nel 1992. In particolare, tali riforme, anche se talvolta hanno intrapreso direzioni tra loro discordanti,<sup>5</sup> sono state finalizzate sia al

<sup>4</sup> Le riforme degli anni '90 sono state realizzate con una serie di decreti legislativi (Dd.lgss. 502/1992, 517/1993, 229/1999).

<sup>5</sup> Per esempio, l'ultima riforma ha fatto un passo indietro rispetto alla seconda sul piano dell'apertura verso il mercato.

contenimento della spesa pubblica e, quindi, anche dei deficit sanitari, sia all'introduzione di un diverso modello organizzativo assimilabile a un modello misto di tipo contrattuale. Come vedremo, nell'offerta di servizi sanitari è stata avviata una forte regionalizzazione sia della gestione sia della responsabilità finanziaria e politica, nel rispetto però della tutela della salute come interesse nazionale.<sup>6</sup>

#### 4.2.1 L'offerta dei servizi sanitari

Una delle conseguenze più importanti delle recenti riforme intervenute nel settore sanitario è stata quella di aumentare l'autonomia delle Regioni che, nel rispetto di quanto deciso in sede di programmazione nazionale, scelgono il tipo di modello in base al quale organizzare l'erogazione dei propri servizi sanitari. In pratica, ogni Regione può optare per un diverso mix tra un modello organizzato principalmente intorno alla centralità delle strutture pubbliche (come nel caso della Toscana e dell'Emilia-Romagna) e un modello nell'ambito del quale i pazienti possono scegliere liberamente se rivolgersi a una struttura pubblica o privata (come in Lombardia). Tuttavia, dato che il nostro ordinamento riconosce la tutela della salute come un diritto primario che deve essere garantito a ogni cittadino, lo Stato centrale continua a intervenire sia nel finanziamento dei servizi sanitari sia nella definizione dei cosiddetti *Livelli Essenziali di Assistenza* (LEA) che tutte le Regioni devono garantire in svariati settori, per esempio l'assistenza ospedaliera ma anche quella sui luoghi di lavoro.<sup>7</sup>

Le Regioni organizzano il servizio sanitario sul proprio territorio attraverso le ASL (*Aziende Sanitarie Locali*), che hanno sostituito le vecchie USL e svolgono compiti non solo nella fornitura diretta dei servizi diagnostici e ospedalieri (attraverso i propri presidi), ma anche nell'acquisto degli stessi presso strutture sia pubbliche che private. In questo modo, seguendo le esperienze dei "mercati interni" dei sistemi sanitari inglese e olandese, si è tentato di separare il momento della fornitura dei servizi sanitari da quello del loro acquisto, nell'ottica di stimolare la concorrenza tra i vari erogatori di servizi, incentivandoli a utilizzare le risorse in modo efficiente. Per limitare i rischi legati alla competizione, quali il peggioramento della qualità dei servizi resi, tutte le strutture, sia pubbliche che private, devono sottostare a una procedura di accreditamento gestito dalla Regione allo scopo di certificare il rispetto di determinati standard qualitativi. Tra le strutture erogatrici dei servizi sanitari e l'ASL viene poi stipulato un contratto allo scopo di fissare, a differenza di quanto accadeva in passato, il rimborso dei servizi sanitari offerti sulla base di un sistema di tariffe, diverse per ciascuna prestazione erogata. Questo sistema di tariffe, denomina-

<sup>6</sup> Cfr. A. Petretto, S. Lorenzini, N. Sciclone, *op. cit.*

<sup>7</sup> La definizione del LEA è avvenuta con la l. n. 405 del 2001.

## CAPITOLO 4

to ROD (*Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi*) e derivato dal sistema anglosassone dei DRG (*Diagnostic Related Groups*) è fissato a livello regionale e prevede che, in pratica, per ogni caso trattato (per esempio, un parto cesareo), l'ospedale riceva dall'ASL una tariffa calcolata sulla base dei costi medi attesi che dovrebbero essere sostenuti utilizzando tecnologie mediche standard. Se, da un lato, questo tipo di procedura può essere efficace nel perseguire l'obiettivo di un contenimento dei costi (eventuali differenze tra il costo sostenuto per una prestazione e il costo standard in base al quale è calcolato il ROD sono a carico dell'ente erogatore), dall'altro, oltre ai già citati rischi connessi a un peggioramento della qualità dei servizi resi, ne presenta altri. In particolare, gli ospedali possono essere incentivati ad adottare comportamenti strategici, per esempio non trattare le patologie meno "redditizie" (*cream-skimming*) con conseguente segmentazione del mercato (ai privati il trattamento delle patologie più redditizie e, invece, al settore pubblico il trattamento delle patologie più costose), dimettere prematuramente i pazienti, effettuare ricoveri ripetuti, seppur non necessari, per la stessa patologia allo scopo di aumentare il numero dei ricoveri rimborsati, attribuire al paziente una diagnosi "più redditizia", modificare il tipo di procedura medica per trattare un determinato caso (per esempio, è stato mostrato che in alcune regioni dove il tasso di natalità è diminuito, è aumentato il numero di parti cesarei rispetto a quelli naturali che prevedono un rimborso inferiore).<sup>8</sup>

Le recenti riforme hanno anche riorganizzato le ASL, nell'ottica di una loro aziendalizzazione, sulla base di centri di costo allo scopo di poterne valutare sia l'utilizzo di criteri di economicità nella gestione delle risorse sia il raggiungimento degli obiettivi prefissati. Le ASL continuano ad avere una personalità giuridica pubblica ma per certi aspetti possono essere assimilate a imprese private, in quanto hanno autonomia sia da un punto di vista organizzativo sia da quello gestionale, sono obbligate ad avere un bilancio in pareggio, possono ritenere l'eventuale utile di bilancio e utilizzarlo per reinvestimenti e incentivazioni al personale; infine, i direttori generale, sanitario e amministrativo sono assunti con contratti di diritto privato a tempo determinato.

Per quanto riguarda invece l'assistenza sanitaria di base, ogni cittadino è seguito dal proprio medico di base che provvede a effettuare eventuali prescrizioni per esami di laboratorio e visite specialistiche. I medici di base possono seguire un numero di pazienti non superiore a una certa soglia e per esercitare la professione devono essere iscritti in una lista di medici convenzionati con il Servizio sanitario. Parte della loro remunerazione è basata su una formula capitolaria (un compenso per ogni paziente, più elevato però per i pazienti anziani e i bambini) mentre la parte restante è variabile e ha lo scopo di incentivare alcuni comportamenti (per esempio, l'informatizzazione e l'associazionismo tra medici). Per contenere la spesa farmaceutica, alcune Regioni hanno poi adottato un meccanismo di controllo delle prescrizioni dei farmaci: per esempio, in

<sup>8</sup> Cfr. R. Levaggi, S. Capri, *Economia sanitaria*, Milano, Franco Angeli, 2003.

Emilia-Romagna, le prescrizioni di ogni medico sono confrontate con la media regionale e la prescrizione di alcuni farmaci molto costosi deve essere giustificata.<sup>9</sup>

Le modalità di distribuzione dei farmaci dipende dal tipo di farmaco e dallo stato soggettivo del paziente (malati cronici, bambini e anziani entro certi limiti di reddito). Alcuni farmaci sono distribuiti gratuitamente a tutti i pazienti in quanto classificati come essenziali, altri sono a carico del Servizio sanitario solo parzialmente in quanto presentano comunque una rilevanza terapeutica, mentre i rimanenti sono a carico esclusivamente dei pazienti. A partire dal 1978 sono stati introdotti i cosiddetti "ticket sanitari" (inizialmente solo sui farmaci poi, con varie vicende, estesi alle visite specialistiche, agli esami di laboratorio, alle attività di pronto soccorso) che, per quanto riguarda i farmaci, sono rimasti in vigore fino al 2000 (e poi reintrodotti da alcune Regioni). L'obiettivo di queste forme di compartecipazione al costo non è tanto quello di aumentare le entrate (il gettito dei ticket è sempre stato piuttosto modesto) quanto quello di limitare la domanda, riducendo il fenomeno del terzo pagante (illustrato nel prosieguo del capitolo), con riferimento all'azzardo morale. Il ricorso ai ticket è tuttavia ritenuto impopolare (anche se da tempo è diffuso in molti paesi europei) per le difficoltà di carattere distributivo che possono sorgere nella sua applicazione. Tuttavia, nel 2001, in corrispondenza della sua abolizione, è stato registrato un aumento consistente della spesa farmaceutica (il suo peso relativo è passato dal 12,6% del 2000 al 15,4% del 2001), al punto che sono state adottate contromisure a livello nazionale (come la determinazione di un tetto alla spesa farmaceutica complessiva contenuta nella Legge finanziaria 2002).

#### 4.2.2 Il finanziamento dei servizi sanitari

In Italia, il settore sanitario è quello che per primo sta sperimentando le novità federaliste introdotte recentemente nel nostro ordinamento, tanto che possiamo parlare di *federalismo sanitario*. Come accennato in precedenza, il quadro normativo è ancora in evoluzione e i nuovi modelli di finanziamento dei servizi sanitari entreranno in vigore gradualmente.

Dal 1998 al termine del 2000, il finanziamento della spesa sanitaria pubblica è derivato da due componenti principali. La prima componente era costituita da fonti tributarie regionali originate dal 90% del gettito dell'IRAP e dall'addizionale regionale dello 0,5% all'IRPEF. La seconda componente era costituita dal Fondo Sanitario Nazionale, che era ripartito tra le regioni in modo da integrare il gettito dell'IRAP e dell'addizionale all'IRPEF. In pratica, l'entità del finanziamento per la spesa sanitaria era frutto di una decisione presa a livello centrale: una volta fissato il livello della spesa programmata globale, l'ammontare dell'FSN era deciso in modo residuale rispetto alla percentuale delle entrate

<sup>9</sup> Cfr. R. Levaggi, S. Capri, *op. cit.*

## CAPITOLO 4

destinate per legge al finanziamento della sanità. In particolare, l'FSN era allocato tra le diverse regioni sulla base di una quota *pro capite* ottenuta tenendo in considerazione un insieme di parametri, quali per esempio, la popolazione residente e la sua struttura per età, i tassi di mortalità, indicatori epidemiologici, la mobilità sanitaria (a favore delle regioni che assistono cittadini residenti in altre aree geografiche).

Nel 2000, il sistema è stato modificato dal decreto legislativo n. 56/2000. L'FSN è stato, almeno formalmente, abolito e sostituito da un aumento dell'addizionale all'IRPEF e da una compartecipazione al gettito dell'IVA (attualmente il 38,55% del gettito IVA è attribuito alle Regioni). Dopo aver valutato il fabbisogno sanitario, si determina una quota di compartecipazione corrispondente, riferita al gettito IVA dei due anni precedenti. La fase successiva consiste nella ripartizione della quota di compartecipazione (che quindi assume il ruolo svolto in passato dal Fondo Sanitario Nazionale) tra le Regioni. La ripartizione favorisce le regioni che hanno meno entrate proprie (IRAP, addizionale IRPEF e accisa sulla benzina). Il risultato finale di questa fase è una ripartizione sulla base di parametri riferiti alla popolazione, alla capacità fiscale, ai fabbisogni sanitari e alla dimensione geografica.<sup>10</sup>

Il sistema appena descritto dovrebbe favorire un decentramento fiscale sia dal lato della spesa sia da quello delle entrate e rendere più trasparente il meccanismo di perequazione interregionale. In pratica, si sta assistendo alla creazione di sistemi sanitari regionali differenziati, sui quali lo Stato centrale svolgerà funzioni di monitoraggio e di controllo dell'assistenza sanitaria garantita a livello regionale, condizionando eventualmente l'entità dei trasferimenti perequativi e delle compartecipazioni. Già oggi le Regioni più efficienti (e più ricche) possono fornire prestazioni addizionali ai propri cittadini ricorrendo all'autonomia tributaria. A questo proposito, è interessante evidenziare la diversa composizione delle fonti di finanziamento (risorse statali, risorse regionali, disavanzo), utilizzata per coprire la spesa sanitaria regionale: in media, il settore pubblico finanzia il 95% della spesa sanitaria e la quota derivante dalla fiscalità statale è prevalente (52%) rispetto a quella regionale (43%). Per quanto riguarda poi le singole Regioni, escludendo quelle a Statuto speciale, il mix delle fonti di finanziamento è particolarmente variegato: mentre la Lombardia paga il 70% della spesa sanitaria con le proprie entrate, Regioni come la Calabria o la Basilicata coprono soltanto l'8-10% della assistenza sanitaria con risorse proprie, facendo ricadere sulla fiscalità generale quote che variano tra l'80 e il 90%.<sup>11</sup>

Sempre a questo proposito, vale la pena ricordare che proprio a partire dal 2002 le Regioni hanno messo in atto manovre di ripiano dei disavanzi ricorrendo a diverse modalità di copertura della spesa sanitaria. Il ricorso a tributi propri,

<sup>10</sup> È stato anche abolito il vincolo di destinazione della quota dell'IRAP e dell'addizionale IRPEF al finanziamento della sanità, il che non ha conseguenze pratiche in quanto la spesa sanitaria è comunque in tutte le regioni maggiore del gettito di questi tributi.

<sup>11</sup> Cfr. A. Petretto, S. Lorenzini e N. Sciclone, *op. cit.*

operando aumenti sull'addizionale regionale all'IRPEF, ritocchi al bollo auto e/o incrementi dell'IRAP per determinati settori di attività economica, è stata la scelta prevalente nelle regioni del Nord e del Centro; come già detto, soltanto alcune Regioni hanno introdotto il ticket sui farmaci.

Nei prossimi anni, il sistema di finanziamento della spesa sanitaria appena descritto subirà ulteriori modifiche a seguito delle riforme in atto, in particolare quella dovuta alla legge costituzionale n. 3 del 2001 che ha modificato il Titolo V della Costituzione.

### 4.2.3 Spese fiscali

I programmi di assistenza diretta finora descritti non sono l'unica forma in cui si realizza il sostegno pubblico alla salute. Esiste anche una forma indiretta di finanziamento, che passa attraverso il sistema tributario; buona parte della spesa sanitaria può essere sottratta dal reddito imponibile dell'IRPEF. In altre parole, le spese mediche sono *detraibili* dall'imposta: all'imposta c.d. lorda, calcolata sulla base del reddito imponibile, viene sottratto il 19% delle spese mediche sostenute oltre una determinata cifra (129,11 € nel 2002). In particolare, si detraggono le spese chirurgiche, le spese per prestazioni specialistiche e quelle per protesi dentarie e sanitarie in genere. La ragione che sta alla base di questa disposizione tributaria è che si ritiene che le imposte debbano essere basate su un qualche indicatore della capacità contributiva e spese mediche di grandi dimensioni – nella misura in cui non sono volontarie – riducono la capacità contributiva degli individui. In passato, le spese mediche erano invece deducibili dalla base imponibile, ovvero l'imposta sul reddito veniva calcolata sul reddito al netto delle spese mediche (quelle per cui era ammessa la deducibilità); questo tipo di deduzione è ora possibile solo per le spese mediche e di assistenza dei portatori di handicap. Negli Stati Uniti, vige tuttora la deducibilità dal reddito piuttosto che la detraibilità dall'imposta.

Le riduzioni di gettito derivanti da disposizioni legislative che consentono deduzioni dal reddito o detrazioni di imposta si chiamano, nel linguaggio degli economisti, **spese fiscali** (spesso viene utilizzata l'espressione inglese **tax expenditure**). La principale conseguenza di queste spese nel presente contesto è quella di incoraggiare la spesa sanitaria, diminuendone il prezzo per il consumatore. Il fenomeno è quantitativamente molto rilevante nei sistemi di assicurazione privata, come quello degli Stati Uniti, dove anche la spesa per assicurazioni sanitarie sostenuta da un'impresa a favore dei suoi dipendenti non costituisce reddito tassabile. Le *tax expenditure* assumono rilievo, in generale, non solo dal punto di vista dell'efficienza, per l'eccessivo consumo di servizi sanitari che esse provocherebbero, ma anche da quello dell'equità. Il beneficio derivante dalle *tax expenditure*, quando prendono la forma di deduzione dal reddito, affluisce presumibilmente soprattutto agli individui con i redditi più alti, cui è associata un'aliquota marginale maggiore; in questo caso, le spese

## CAPITOLO 4

fiscali avrebbero, quindi, un impatto redistributivo favorevole alle classi di reddito più elevate. Infatti, un contribuente che ha un'aliquota marginale del 45%, per 1000 € di spesa sanitaria sopporta in realtà soltanto 550 € di spesa effettiva; egli infatti potrà dedurre 1000 € dal suo reddito e la sua imposta diminuirà di 450 €. Un contribuente che ha un'aliquota marginale del 23% sopporta invece una spesa effettiva di 770 € per una spesa sanitaria di 1000 €. Quando invece le spese fiscali hanno la forma di detrazioni d'imposta, l'impatto redistributivo è probabile più favorevole alle classi di reddito più basse, poiché tutti detraggono lo stesso ammontare; nell'esempio precedente, sia il contribuente al 45% sia quello al 23% sottraggono all'imposta il 19% di 1000 € (ignorando la franchigia), cioè 190 € ciascuno, ed è presumibile che ciò rappresenti un beneficio maggiore per l'individuo meno abbiente che paga un'imposta complessivamente inferiore.<sup>12</sup>

### 4.3 Motivi del ruolo pubblico nel finanziamento, produzione e regolamentazione della sanità

Esistono due ordini di motivi che possono giustificare l'attività pubblica nel mercato. Per prima cosa, abbiamo le imperfezioni che impediscono al mercato privato di essere efficiente in senso paretiano. Esempi di insufficienze del mercato nel caso della sanità sono la concorrenza imperfetta tra i produttori, l'informazione imperfetta di cui dispongono i consumatori e le esternalità. L'ineguaglianza rappresenta un'altra giustificazione per l'intervento pubblico. Un mercato privato per la sanità potrebbe anche essere efficiente in senso paretiano e, ciononostante, non fornire servizi a chi fosse privo di copertura assicurativa o fosse troppo povero per acquistare quei servizi.

#### 4.3.1 Ineguaglianza e finanziamento pubblico dei servizi sanitari

La spiegazione più importante per il ruolo dello Stato nell'erogazione dei servizi sanitari deriva dall'interesse per le conseguenze di tipo distributivo. È diffusa l'opinione secondo cui a nessuno, a prescindere dal suo reddito, dovrebbe essere negato l'accesso a un'adeguata assistenza medica. Se proprio occorre compiere delle scelte, ci si dovrebbe basare non sulla ricchezza degli individui ma su altre caratteristiche, quali l'età e la probabilità di successo di un'operazione chirurgica, o, forse, ricorrere a una selezione casuale. Implicita, in questa opinione, è l'idea che i servizi sanitari siano diversi dai generi di vestiario, gli spettacoli, le automobili e la maggior parte degli altri

<sup>12</sup> Questi esempi chiariscono perché le *spese fiscali* hanno questo nome. In effetti è come se lo Stato riscuotesse l'intero ammontare dovuto dell'imposta e ne restituisse al contribuente una parte (spendendo quindi quest'ultima somma).



beni di consumo. Proprio come il diritto di voto non deve essere sottoposto al mercato (a nessuno è consentito di acquistare o vendere il proprio diritto di voto), così anche il diritto alla vita – l'accesso ai servizi sanitari – non dovrebbe essere controllato dal mercato. Questa teoria è nota come **egualitarismo specifico**.<sup>13</sup>

Non tutti gli economisti concordano sul fatto che i servizi sanitari debbano essere trattati in modo differente dagli altri beni di consumo. Molti sostengono che non dovrebbe essere così: a chi ha più denaro e vuole spenderlo per ottenere cure mediche, si dovrebbe consentire di farlo. I sostenitori di questo punto di vista sottolineano come la relazione tra cure mediche e durata della vita sia molto debole; altri fattori, come il fumo, il consumo di alcolici, l'alimentazione e, in particolare, il livello di istruzione, sembrano giocare un ruolo altrettanto, se non più, importante nel determinare la durata di vita e gli altri indicatori di salute di un individuo.<sup>14</sup> Per esempio, in Gran Bretagna, fin dall'immediato secondo dopoguerra, lo Stato fornisce assistenza medica gratuita a tutti i cittadini. Uno studio dell'esperienza britannica ha dimostrato come l'esistenza del *National Health Service* non abbia ridotto le differenze tra classi sociali riscontrate nei valori della mortalità infantile, della mortalità delle partorienti e della vita attesa.

Secondo un terzo punto di vista, verso il quale sembra si stiano muovendo molte democrazie occidentali, a ciascuno dovrebbe essere garantito il diritto a un dato livello minimo di assistenza sanitaria. Un esempio di applicazione di questo principio può essere il programma *Medicaid*, adottato negli Stati Uniti e l'introduzione dei LEA in Italia. Anche se si accetta questo punto di vista, resta comunque la necessità di analizzare le conseguenze sull'efficienza economica di modi alternativi di assicurare l'accesso di ciascuno a un dato livello minimo di assistenza sanitaria.

### 4.3.2 Insufficienze del mercato

Sebbene i principi appena illustrati rappresentino buona parte della spiegazione dell'attuale ruolo pubblico, vi sono anche importanti insufficienze del mercato che possono costituire una base logica per l'intervento pubblico in una forma o nell'altra. Esistono quindi spiegazioni diverse per le varie categorie di spesa sanitaria.

La ricerca in campo sanitario, come altri tipi di ricerca, ha spesso caratteristiche simili a quelle di un bene pubblico puro. Mentre alcune innovazioni, come quelle riguardanti i farmaci, possono essere oggetto di tutela della proprietà industriale (brevetto), la maggior parte delle scoperte non lo sono, e anche quando lo sono, è discutibile se sia desiderabile. La protezione brevettuale con-

<sup>13</sup> J. Tobin, "On Limiting the Domain of Inequality", *Journal of Law and Economics*, vol. 13, 1970, pp. 263-277.

<sup>14</sup> Per un approfondimento di questo punto di vista, cfr. V.R. Fuchs, "From Bismark to Woodcock: The 'Irrational' Pursuit of National Health Insurance", in *The Health Economy*, Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1986, pp. 257-271; oppure V. Fuchs, *Who Shall Live? Health Economics and Social Choice*, New York, Basic Books, 1975.



sente, infatti, alle imprese di imporre prezzi più elevati, che possono indurre un minore consumo di innovazioni farmaceutiche coperte da brevetto. È inoltre oggetto di preoccupazione la possibilità che un'eccessiva quota della spesa privata per la ricerca sia destinata al tentativo di ottenere, con modifiche marginali, nuovi farmaci, in realtà non più efficaci di quelli già sul mercato, ma formalmente non inclusi tra i brevetti esistenti.

Esistono esternalità associate ad alcune malattie, particolarmente quelle contagiose. Questo può rendere desiderabile l'introduzione di norme concernenti misure di quarantena e vaccinazione obbligatoria e fornisce parte della giustificazione per l'esistenza di un servizio sanitario pubblico.

La deducibilità delle spese mediche ai fini dell'imposta personale sul reddito può essere giustificata assumendo che la base appropriata per l'imposizione sia una qualche misura della capacità contributiva. Poiché le spese mediche, qualora siano determinate da uno stato di necessità e non siano quindi volontarie, riducono la capacità contributiva di un individuo, una misura migliore di questa sarebbe fornita dal reddito al netto delle spese mediche (eventualmente di quelle in eccesso di una qualche frazione del reddito stesso), piuttosto che al lordo di esse. In altre parole, il sistema tributario tenterebbe di compensare la "tassa ingiusta" imposta all'individuo dal destino, sotto forma di spese mediche. Considerazioni simili possono essere valide anche per la detraibilità delle spese mediche.

### 4.3.3 Mancata corrispondenza tra mercati sanitari e ipotesi convenzionali sui mercati concorrenziali

Dietro le insufficienze del mercato e gli specifici correttivi pubblici che abbiamo descritto vi sono le insufficienze più generali del mercato sanitario privato. A differenza dei mercati di cui parla la teoria economica della concorrenza perfetta, la sanità è caratterizzata da un grado imperfetto di concorrenza e di informazione. La teoria convenzionale dei mercati concorrenziali è basata su alcune ipotesi cruciali, elencate di seguito.

- 1 Esistono molti produttori, ciascuno dei quali cerca di massimizzare i suoi profitti.
- 2 Il bene scambiato sul mercato è omogeneo.
- 3 I consumatori sono perfettamente informati: essi conoscono i prezzi e le qualità dei beni sul mercato.
- 4 I consumatori pagano per intero il costo di ciò che consumano.

Date queste ipotesi, se un'impresa scopre un modo migliore di produrre un bene, ne abbasserà il prezzo, sottraendo così clientela agli altri produttori. La produzione è sempre efficiente e i prezzi riflettono sempre i costi di produzione dei produttori più efficienti.

## SANITÀ

**Tabella 4.2** Differenze tra i mercati sanitari e i mercati concorrenziali convenzionali

Mercati concorrenziali convenzionali	Mercati sanitari
Molti produttori	Numero limitato di ospedali (fuori dalle grandi città)
Imprese che massimizzano il profitto	Obiettivi diversi dalla massimizzazione del profitto
Prodotto omogeneo	Prodotto eterogeneo
Consumatori con informazione perfetta	Consumatori con informazione scarsa
Pagamento diretto da parte dei consumatori	I pazienti coprono solo una frazione del costo

Quando, invece, le ipotesi sopra elencate non sono soddisfatte, i produttori inefficienti possono sopravvivere e i prezzi possono eccedere i costi di produzione. In caso, per esempio, di mercato monopolistico, il produttore imporrà un prezzo tale da uguagliare il ricavo marginale con il costo marginale e, poiché il ricavo marginale è inferiore al prezzo, il monopolista imporrà un prezzo superiore ai suoi costi (marginali) di produzione.

Quando il bene non è omogeneo e i consumatori non sono perfettamente informati, per un singolo consumatore è difficile comprendere se un prezzo inferiore segnali un affare migliore o un bene di minor qualità. Inoltre, quando i consumatori non sono sufficientemente informati sui prezzi praticati nel mercato, singole imprese possono essere in grado di aumentare i loro prezzi al di sopra del livello di concorrenza, incorrendo solo in una limitata perdita di clientela. I mercati sanitari, purtroppo, non soddisfano nessuna delle caratteristiche richieste per un mercato di concorrenza perfetta, come si può vedere dalla Tabella 4.2.

**INFORMAZIONE IMPERFETTA.** Quando un consumatore si rivolge a un medico ciò che acquista è, in larga misura, l'informazione o le conoscenze possedute da quel medico. Il paziente deve affidarsi al giudizio del medico per quanto riguarda il medicinale appropriato, l'opportunità di un'operazione chirurgica e così via. È difficile per un soggetto privo di conoscenze mediche giudicare l'affidabilità del consiglio ricevuto. È difficile, per la verità, anche capire se il medico è qualificato per svolgere il suo mestiere. Questa è una delle ragioni per cui lo Stato ha da lungo tempo assunto un ruolo nell'autorizzazione all'esercizio della professione medica e nella regolamentazione dei farmaci che possono essere somministrati ai pazienti.<sup>15</sup>

<sup>15</sup> Kenneth Arrow ha sottolineato l'importanza dell'imperfetta informazione nei mercati sanitari. Cfr. K.J. Arrow, "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", *American Economic Review*, vol. 53, 1963, pp. 941-973.

## CAPITOLO 4

I problemi informativi che si riscontrano nel mercato sanitario sono particolarmente importanti anche perché, a differenza di altri mercati, gli acquisti non sono ripetuti. Per esempio, nel caso dell'acquisto ripetuto di ortaggi, un individuo è in grado di valutare la freschezza del prodotto oppure, anche se non acquisisce questa capacità, ricorre ogni volta allo stesso negoziante perché sa che gli garantisce tale freschezza. Nel caso, invece, di un intervento al cuore o di un trattamento per un'ulcera, un individuo acquista il bene assistenza sanitaria una sola volta.

A questo proposito, è interessante anche notare che, visto il numero elevato sia di medici sia di ospedali, è difficile valutare i prodotti forniti ed eventualmente effettuare classifiche perché, per esempio, un ospedale può essere ottimo per curare una certa patologia e non altrettanto valido per un'altra. Il successo di una cura può dipendere anche da fattori soggettivi: un certo modo di relazionarsi, da parte di un medico, può essere di aiuto per certi pazienti, ma non per altri.

**LIMITI ALLA CONCORRENZA.** L'assenza di perfetta informazione ha come conseguenza la diminuzione del grado effettivo di concorrenza.<sup>16</sup> Un'impresa che vende un bene standard, come un televisore Sony, sa di poter attrarre clienti, a spese di altri commercianti, diminuendo i prezzi praticati abitualmente. I consumatori sono in grado di individuare facilmente l'affare migliore.

Al contrario, i potenziali pazienti che vedessero un medico praticare prezzi inferiori a quelli dei suoi concorrenti, potrebbero dedurre che la domanda dei suoi servizi è scarsa e, quindi, concludere che non si tratta di un buon medico. Analogamente, l'eterogeneità dei servizi medici rende difficili i confronti di prezzo e qualità e, quindi, inibisce un'efficace diffusione dell'informazione. Il nostro vicino può essere soddisfatto della cura ottenuta dal suo medico, ma i suoi problemi di salute possono essere diversi dai nostri: non possiamo avere, quindi, alcuna garanzia di soddisfazione nel caso decidessimo di rivolgerci allo stesso medico. Ugualmente, se venissimo a conoscenza che un medico pratica prezzi superiori a quelli di un altro, per valutare a quale dei due è preferibile rivolgersi, dovremmo prima conoscere con precisione il tipo di prestazioni fornite.

I comportamenti seguiti dalla professione medica possono rafforzare le inevitabili limitazioni alla concorrenza derivanti dall'imperfetta informazione. Per esempio, ai medici non è consentito farsi pubblicità. È stato dimostrato, in altri contesti, che le restrizioni alla pubblicità causano un aumento dei prezzi, poiché ostacolano la concorrenza. A sostegno della rilevanza di questo effetto, si può riportare un esempio relativo agli Stati Uniti, dove generalmente non era consentita la pubblicità degli occhiali da vista: negli Stati dove tale proibizione è stata eliminata si è verificata una spettacolare riduzione del prezzo degli occhiali. Occorre aggiungere, tuttavia che, sempre negli Stati Uniti, molti Stati

<sup>16</sup> Cfr. S. Salop, "Information and Monopolistic Competition", *American Economic Review*, maggio 1976, pp. 240-245.

hanno autorizzato sia i medici sia gli ospedali a farsi pubblicità. Questa scelta non si è tuttavia diffusa e gli effetti sulla competizione non sono ancora chiari. Esistono altri comportamenti con i quali i medici possono tentare di limitare la concorrenza sui prezzi. Per esempio, è stato suggerito, sempre con riferimento agli Stati Uniti, che un chirurgo che diminuisse le proprie tariffe potrebbe provocare la reazione dei colleghi che tenterebbero in vari modi di danneggiare la sua reputazione e la sua carriera.<sup>17</sup>

Anche il fatto che spesso i medici necessitino di consultarsi tra loro e abbiano in comune l'utilizzo delle stesse strutture ospedaliere (e sovente anche altri interessi) può ridurre le spinte alla concorrenza. Come disse Adam Smith, forse in modo un po' troppo forte, ne *La ricchezza delle nazioni*, "Quando persone di uno stesso mestiere si incontrano, raramente lo fanno per svago o per distrazione; la conversazione si risolve piuttosto in una congiura contro il pubblico o in qualche espediente per aumentare i prezzi".

La concorrenza tra gli ospedali, inoltre, è anch'essa limitata. Nella maggior parte delle aree non comprendenti grandi città esistono solo pochi ospedali e, per di più, in caso di emergenza l'individuo raramente ha la possibilità di scegliere tra molte alternative. Anche quando ci fosse il tempo per effettuare una scelta, questa non verrebbe compiuta dall'individuo ma dal suo medico.

**COPERTURA DEI COSTI A CARICO DI TERZI.** Quando si tratta di un bene ordinario, per il quale il consumatore paga direttamente e interamente il prezzo, si può dare per scontato che il consumatore ritenga di trarre dall'acquisto un beneficio almeno pari al costo sostenuto. La sanità differisce da un bene ordinario in quanto il sistema pubblico e le assicurazioni private isolano i consumatori da considerazioni di costo.

Il fatto che gran parte delle spese mediche sia a carico di terzi rafforza la nostra conclusione precedente, secondo la quale è probabile che i mercati sanitari siano caratterizzati da un grado limitato di concorrenza. Non solo il consumatore, sentendosi richiedere da un medico un prezzo basso, avrà timore che quel medico gli stia fornendo un servizio di cattiva qualità, ma è anche probabile che in genere il consumatore non si darà molto da fare per cercare di trovare un medico meno oneroso. Se lo Stato (o l'assicurazione privata) paga il 90% del conto, un medico che richiedesse il 30% in meno farebbe risparmiare al paziente solo il 3% (certo non abbastanza da compensare il suo timore di acquistare un cattivo servizio).

**ASSENZA DELL'INCENTIVO DEL PROFITTO.** L'ultima differenza tra i mercati sanitari e il mercato concorrenziale risiede nel fatto che nel caso di ospedali pubblici o non profit manca la motivazione rappresentata dal profitto. La maggior parte degli ospedali ritiene che il proprio obiettivo non sia quello di minimizzare il costo dei servizi che fornisce (ovvero di massimizzare i profitti) ma, piuttosto, quello di massimizzare la qualità delle cure mediche prestate. Le conseguenze dell'assenza dell'incentivo rappresentato dal profitto sono state rese più gravi

<sup>17</sup> V. Fuchs, *Who Shall Live?*, cit.

## CAPITOLO 4

## AZIONI LEGALI PER INCAPACITÀ PROFESSIONALE

I consumatori poco informati spesso restano delusi dal loro acquisto. Trattandosi della propria salute, chi ritiene di non aver ricevuto cure appropriate può citare per danni il medico o l'ospedale. Negli Stati Uniti, le cause di questa natura sono raddoppiate nell'arco di 5 anni agli inizi degli anni '80 e anche l'ammontare dei risarcimenti è aumentato. Da allora, il tasso di crescita è stato più contenuto.

Anche se è difficile stimare il valore totale delle azioni legali per incapacità professionale, poiché gli accordi extragiudiziali non sono registrati o sono mantenuti confidenziali, recentemente un rapporto di un'agenzia del governo statunitense ha mostrato che, durante un periodo relativamente breve, ossia dal 1990 al 1994, le richieste di indennizzo per incapacità professionale presso i centri medici della Veterans Administration (che forniscono servizi sanitari a chi ha riportato ferite durante il servizio militare e ai veterani) sono passate da 678 milioni di dollari a 978 milioni di dollari. Durante lo stesso periodo, coloro che hanno intrapreso azioni legali per incapacità professionale hanno ricevuto risarcimenti per un valore pari a 200 milioni di dollari. Sempre nell'ambito della realtà statunitense, questo ha fatto sì che nel caso di alcune specializzazioni mediche,

come per esempio quella ostetrica, il costo delle assicurazioni che coprono i rischi per i medici di azioni legali per incapacità professionale abbia raggiunto livelli tali che molti dottori sono stati costretti a interrompere la loro attività e i giovani medici siano riluttanti a scegliere tale specializzazione. In Italia non esistono stime precise, ma il Cineas (Consorzio universitario per l'ingegneria delle assicurazioni, presso il Politecnico di Milano) calcola che nel 2003 fossero in corso circa 12.000 cause di richiesta di risarcimento danni per errori dei medici.

La diffusione di azioni legali di questo tipo incoraggia fortemente i medici a fornire cure eccessive ai loro pazienti. Un medico può essere citato se trascura di somministrare un certo medicinale, anche quando la probabilità che esso sia di qualche beneficio è bassa; può essere citato se trascura di prescrivere un qualche esame, anche se il costo è alto in rapporto all'informazione aggiuntiva che se ne trarrebbe. Poiché la maggior parte del costo degli esami o dei medicinali è sopportata da una parte terza (il servizio pubblico o la compagnia di assicurazione), il medico ha ogni incentivo a prescriberli, anche quando un paziente ben informato non sarebbe disposto a prendere il medicinale o a sottoporsi all'esame se toccasse a lui

## SANITÀ

pagare. In questo caso, si parla di "medicina difensiva". Il problema è ulteriormente esacerbato quando i trattamenti "difensivi" sono molto utilizzati, diventando di conseguenza lo standard rispetto al quale giudicare i casi di incapacità professionale. Anche in questo caso, è difficile stimare i costi della "medicina difensiva"; tuttavia, uno studio condotto per gli Stati Uniti suggerisce che tale nazione potrebbe risparmiare 41 miliardi di dollari in cinque anni se fossero introdotte riforme per limitare il fenomeno. A questo proposito, molti economisti ritengono che le azioni legali per incapacità professionale rappresentino una delle cause più importanti alla base degli elevati costi della sanità statunitense (le spese per la sanità come percentuale del PIL negli Stati

Uniti sono più elevate che in qualsiasi altro paese e ammontano a circa il 14%) e che quindi dovrebbero essere limitate.

*Fonti:* Dipartimento di Giustizia degli Stati Uniti, *Tort Policy Working Group, An Update on the Liability Crisis*, Washington, D.C., Government Printing Office, 1987, p. 52; K. Viscusi et al., "The Effects of 1980s Tort Reform Legislation on General Liability and Medical Malpractice", *Journal of Risk and Uncertainty*, aprile, 1993, pp. 165-186; HEHS 96-24, *Health Care: Trends in Malpractice Claims*, GAO; Robert J. Rubin e Daniel N. Mendelson, "Defensive Medicine: At What Cost?", *Journal of American Health Policy*, 4, 4, luglio, 1944; Daniel Kessler e Marc McClelland, "Do Doctors Practice Defensive Medicine?", *Quarterly Journal of Economics*, 111, 2, 1996.

dal modo in cui le spese degli ospedali sono state rimborsate dalle compagnie di assicurazione o dallo Stato: spesso, nel passato, il rimborso ha coperto i costi sostenuti, quali che fossero (si vedano però i nuovi sistemi di rimborso basati sui ROD recentemente introdotti in Italia e illustrati nel paragrafo "Il finanziamento dei servizi sanitari").

Nel caso, invece, di cliniche private che perseguono finalità di lucro, se da un lato queste sono sottoposte a incentivi di efficienza, dall'altro possono essere anche sottoposte a incentivi perversi che le portano a ridurre la qualità delle proprie prestazioni, soprattutto nei casi in cui la qualità è più difficile da valutare. Per esempio, negli Stati Uniti, le imprese private per la raccolta del sangue hanno acquisito la reputazione di essersi rivolte a categorie di soggetti, come i tossicodipendenti, il cui sangue aveva maggiori probabilità di trasmettere malattie, facendo sì che il mercato sia ora dominato da imprese non profit.

I problemi legati agli incentivi che devono essere affrontati sia dagli ospedali pubblici o non profit sia da quelli privati sono dovuti principalmente a informazione imperfetta. Se i consumatori fossero in grado di valutare la qualità dei trattamenti medici acquistati, in entrambi i casi i fornitori avrebbero maggiori incentivi a fornire servizi di buona qualità in modo efficiente.

## CAPITOLO 4

**CONSEGUENZE DELLE DIFFERENZE TRA SANITÀ E ALTRI MERCATI.** Le differenze tra sanità e altri mercati appena descritte implicano la possibilità che il mercato sanitario funzioni in modo molto diverso rispetto ai mercati in cui la concorrenza è più efficace, i consumatori bene informati pagano direttamente i beni acquistati e i produttori sono spinti dalla motivazione del profitto. Per esempio, secondo la teoria convenzionale della concorrenza, un aumento dell'offerta di medici dovrebbe tradursi in una diminuzione del prezzo dei loro servizi. In realtà, anche quando il numero dei medici è aumentato più rapidamente della domanda, i prezzi non sono diminuiti. Una possibile spiegazione per questo fenomeno è stata illustrata in precedenza: a causa della loro informazione limitata, i pazienti tendono a giudicare la qualità del trattamento sulla base dei prezzi richiesti. I medici, di conseguenza, non hanno incentivo a diminuire tali prezzi, poiché ciò comprometterebbe la loro reputazione. La conseguenza è stata, invece, un'estesa sotto-occupazione tra i medici stessi. Il fenomeno è comune a molti paesi: negli Stati Uniti uno dei maggiori studiosi di economia sanitaria, Victor Fuchs, già negli anni '70 citava, a riprova della presenza di un "surplus di chirurghi", uno studio dettagliato relativo a un sobborgo di New York, dove il carico di lavoro tipico di un chirurgo era solo un terzo di quello che, secondo gli esperti, rappresentava il normale impiego a tempo pieno (questi risultati erano coerenti con stime riguardanti l'intero paese, ottenute dividendo il numero di operazioni per il numero di chirurghi).

Secondo alcuni, l'aumento del numero di chirurghi si tradurrebbe, in realtà, in un maggior numero di operazioni, piuttosto che in un prezzo inferiore.<sup>18</sup> In questo caso, l'offerta creerebbe la propria domanda. In Canada, per esempio, il governo ha tentato di ridurre i costi della sanità diminuendo i rimborsi ai medici per ogni prestazione. Questo però ha fatto sì che i medici aumentassero le prestazioni offerte (in un certo senso, i medici più che aumentare le prestazioni offerte possono poi presentare richieste di rimborsi in misura maggiore rispetto ai servizi offerti. Un dottore che avrebbe potuto effettuare una sola visita per due malattie presentate dallo stesso paziente ed emettere quindi un solo conto, potrebbe invece sostenere di dover effettuare due visite separate).

Il fatto che un intervento chirurgico sia consigliabile o necessario è ovviamente contestabile. Certamente la maggior parte dei medici non consiglia un'operazione chirurgica solo per aumentare il proprio reddito, tuttavia, nell'esprimere un giudizio professionale sulla desiderabilità di un'operazione, un ruolo importante è giocato dalla quantità di tempo a disposizione e dalla pressione proveniente da altri pazienti che possono aver bisogno dell'intervento. Inoltre, è probabile che i "clienti", disponendo di un'informazione limitata, decidano di sottoporsi a un'intervento, se il loro chirurgo lo consiglia.<sup>19</sup>

<sup>18</sup> Fuchs, *Who Shall Live*, cit.

<sup>19</sup> Sebbene le cose possano essere migliorate consultando, prima di sottoporsi a un intervento chirurgico, anche altri medici, ciò non costituisce affatto una soluzione. In una comunità in cui vi sia una maggiore offerta di medici, le "procedure standard" – le condizioni nelle quali viene raccomandato un intervento – tendono a modificarsi per adattarsi all'offerta.



A questo proposito, vi è evidenza empirica che mostra che molte delle spese in cure mediche sono di fatto inappropriate.

I dati più interessanti sono quelli che confrontano l'incidenza degli stessi trattamenti in diverse località. Per esempio, nel caso degli Stati Uniti, la degenza media in ospedale nello Stato di New York è doppia rispetto a quella dello Utah, e tale differenza non può essere spiegata facendo riferimento a differenze nella popolazione.<sup>20</sup> Sempre nel caso degli Stati Uniti, uno studio, ormai divenuto classico, ha mostrato che la probabilità di asportazione delle tonsille nei bambini variava, nelle diverse città dello Stato del Vermont, dal 7 al 70%.<sup>21</sup> Differenze di questo tipo si verificano anche tra paesi: per esempio, un intervento di appendicite negli Stati Uniti è due volte più frequente che in Norvegia.<sup>22</sup>

#### 4.4 Assicurazioni sanitarie

Il caso delle assicurazioni di malattia si presta bene a illustrare molti problemi di teoria economica delle assicurazioni. È quindi opportuno trattare l'argomento in questo capitolo. Inoltre, se è vero che in Italia le assicurazioni private di malattia hanno iniziato a diffondersi solo negli ultimi anni, è anche vero che alcune delle problematiche che affronteremo sono suscettibili di ovvie estensioni alle caratteristiche di un sistema pubblico.

Occorre inoltre tenere presente che esistono sistemi sanitari basati sulle assicurazioni private: è il caso, come si è visto, degli Stati Uniti, dove, sebbene un efficiente mercato privato per le assicurazioni di malattia si sia sviluppato lentamente (la diffusa disponibilità di assicurazioni di malattia che coprissero anche i grandi rischi non risale che a dopo la seconda guerra mondiale), già all'inizio degli anni '60 la maggior parte degli occupati risultava coperta da assicurazioni private, grazie agli incentivi del sistema tributario precedentemente descritti.

##### 4.4.1 Importanza delle assicurazioni

Gli individui sono avversi al rischio, per questo si assicurano. Essi preferiscono pagare una data somma ogni anno alla compagnia di assicurazione, piuttosto che passare un anno con poche spese mediche perché sono stati fortunati e non si sono ammalati o hanno avuto incidenti, e l'anno successivo essere gravati da molte spese perché hanno avuto meno fortuna. Questo è tanto più vero in quanto gli individui possono dover fronteggiare allo stesso tempo spese elevate e reddito basso, se non sono in grado di lavorare. In effetti, se in media un individuo

<sup>20</sup>Milliman e Rortson, *Hospital Length of Stay Efficiency Indices*, <http://www.op.net/~jcookson/home.html>.

<sup>21</sup>John Wenneberg e Alan Gittelsohn, "Small are variations in health care delivery", *Science*, 188, (1973), pp. 1102-1108, citato da C.E. Phelps, "Diffusion of information in medical care", *Journal of Economic Perspectives*, 6, 3, p. 25.

<sup>22</sup>Klim McPherson, "International differences in medical care practices", *Health Care Financing Review*, 1989 Annual Supplement, p. 14.



## CAPITOLO 4

paga presumibilmente 4000 € di spese sanitarie, molti sarebbero disposti a pagare anche una quota superiore (un “premio di rischio”) alla compagnia di assicurazione per evitare rischi. Quindi, anche se ci sono elevati costi di transazione (i costi di compilare e gestire le richieste di rimborso), assicurarsi può essere desiderabile. I problemi più importanti relativi alle assicurazioni offerte dal mercato sono sostanzialmente tre: a) alcuni individui si assicurano troppo e questo implica costi eccessivamente elevati di assistenza sanitaria; b) molti individui non possono essere assicurati o lo sono a costi troppo elevati; c) i costi di transazione sono eccessivi.

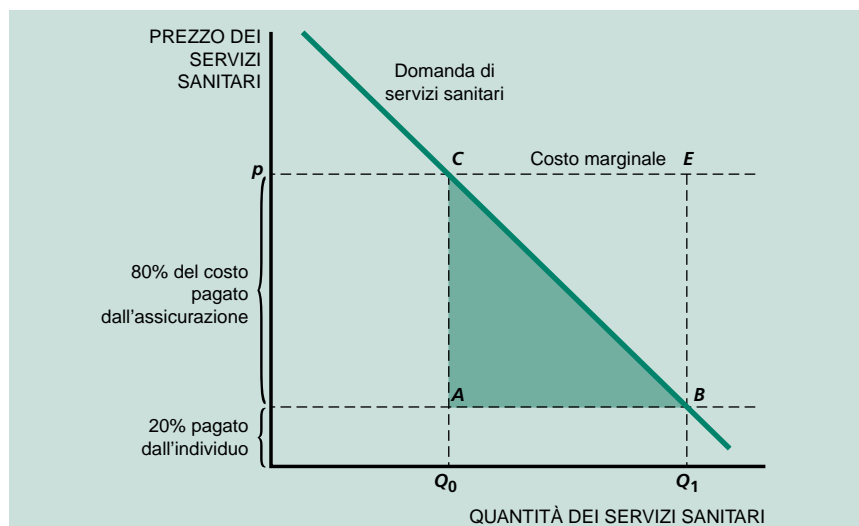
#### 4.4.2 Assicurazione e costo dei servizi sanitari

Quando gli individui si assicurano, non sostengono più interamente il costo dell'assistenza sanitaria. Se le malattie si verificassero indipendentemente dalle azioni degli individui, e se i dottori non avessero scelta in materia di quanto spendere per curarle, non ci sarebbe alcun problema. Gli individui possono tuttavia influenzare la probabilità di ricorrere a cure sanitarie tramite attività di prevenzione (una conseguenza dell'essere assicurati risiede nel fatto che gli incentivi alla prevenzione sono ridotti, anche se questo effetto può essere trascurabile, dato che i principali “costi” di una malattia sono probabilmente collegati al disagio e ai rischi, non alle spese mediche e ospedaliere). Soprattutto, però, è rilevante il fatto che vi sia una considerevole discrezionalità per quanto concerne il trattamento di una malattia. Può darsi che si tragga un certo beneficio dal rimanere in ospedale un giorno in più, ma tali benefici possono eccedere i costi. Una medicina molto costosa può rappresentare un miglioramento quasi insignificante rispetto a una medicina dal costo limitato. Un paziente potrebbe non avere interesse a pagare la differenza in prima persona, ma non avrebbe obiezioni se la medicina più costosa gli fosse offerta gratuitamente o con una spesa esigua.

La curva di domanda per servizi sanitari, come quella per qualunque altro bene, è inclinata verso il basso: per questo motivo, diminuzioni del costo marginale sopportato dal paziente aumentano l'utilizzazione di servizi sanitari. Per esempio, i pazienti possono pagare solo il 20% del vero costo marginale, oppure possono non pagare alcunché (la domanda non va comunque all'infinito, perché vi sono costi in termini di tempo e disagi per ricoverarsi o andare dal medico). La Figura 4.3 mostra una curva di domanda inclinata verso il basso per illustrare di quanto aumenterebbe il consumo se gli individui pagassero l'intero costo marginale. L'ampiezza dell'incremento dipende dall'elasticità della domanda. Secondo una stima recente, tale elasticità potrebbe essere pari a 0,14, quindi con un contributo a carico del paziente del 20% del costo marginale, la domanda aumenterebbe del 11,2% (il prezzo diminuisce dell'80%, quindi la domanda aumenta dello  $0,14 \times 0,80$ ).<sup>23</sup>

<sup>23</sup> Joseph P. Newhouse, *Free for all? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*, Cambridge, Mass. e London, Harvard University Press, 1993, p. 120.

## SANITÀ



**Figura 4.3** Assicurazione e costo dei servizi sanitari. L'assicurazione fa diminuire il costo per gli individui dei servizi sanitari e aumentare la domanda da  $Q_0$  a  $Q_1$ . Per queste spese aggiuntive, i costi marginali (dati dal prezzo di mercato  $p$ ) eccedono i benefici marginali per l'individuo (dati dalla sua disponibilità a pagare, indicata dalla curva di domanda). L'area ABC misura la perdita secca dovuta all'eccesso di consumo.

Il problema non è tanto che vi sia un aumento della spesa sanitaria, ma il fatto che al margine i benefici sociali di un euro aggiuntivo di spesa siano inferiori ai costi. In effetti, il beneficio marginale (con un contributo del 20% a carico del paziente) è pari a soltanto il 20% del costo marginale.

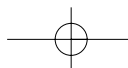
Il problema derivante dal fatto che la copertura assicurativa induce un eccesso di spesa sanitaria è indicato come problema dell'**azzardo morale** (nella terminologia anglosassone, *moral hazard*). Si è ormai radicato il timore che il fatto di essere assicurati aumenti la probabilità che l'evento contro cui si è assicurati avvenga, qualunque esso sia. Questo è stato percepito come un problema morale: l'assicurazione contro gli incendi potrebbe indurre il proprietario di una casa a darle fuoco. Gli economisti tuttavia vedono la cosa come una questione di *incentivi*. Quando si è assicurati, si è meno incentivati a mantenersi in salute e a tenere sotto controllo le spese mediche. Si verifica quindi il seguente trade-off: maggiore è la copertura dell'assicurazione, minore è il rischio che l'individuo deve sopportare, ma minori sono anche gli incentivi e di conseguenza maggiori sono i costi totali. Un'assicurazione ottimale è in grado di bilanciare questi trade-off.<sup>24</sup>

<sup>24</sup> In altre parole, nel caso di un'assicurazione ottimale, gli individui spendono per la sanità di più quanto non farebbero in assenza di assicurazione, ma questo rappresenta il "prezzo" che deve essere pagato per diminuire i rischi cui devono far fronte.

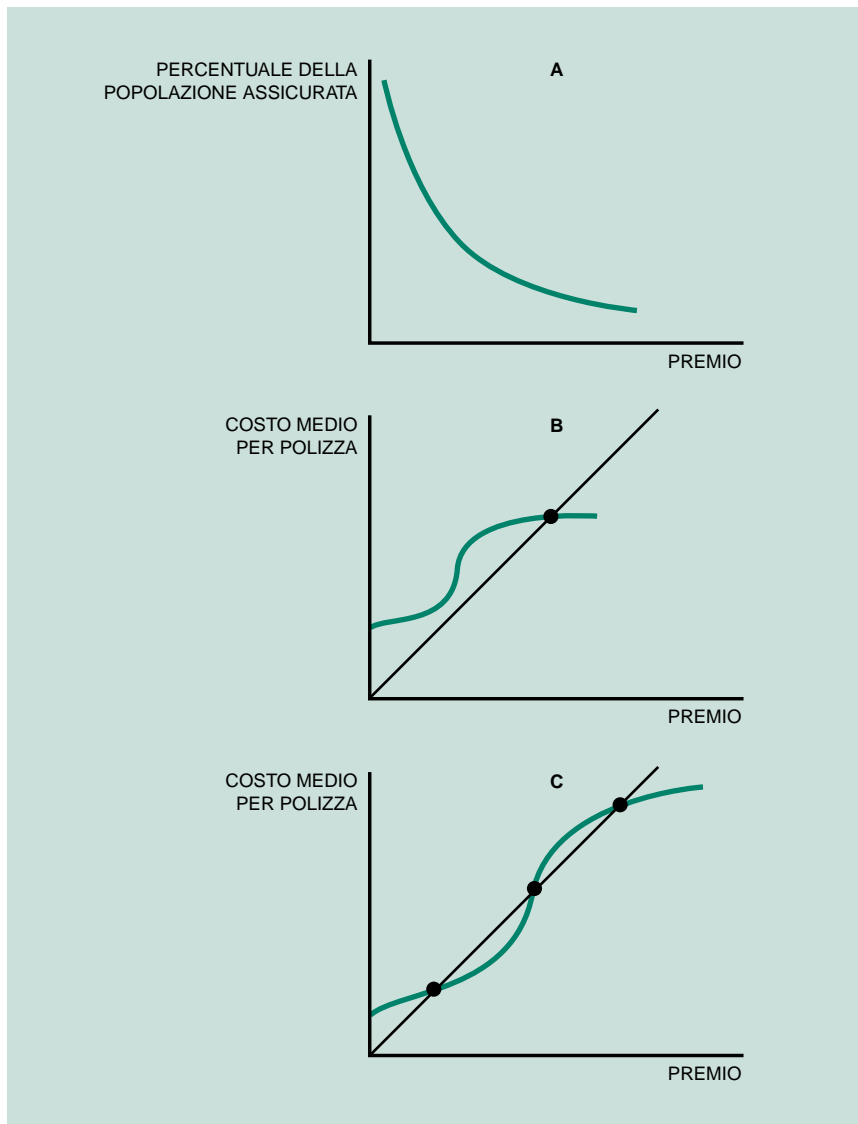
Negli Stati Uniti, sembra che le politiche pubbliche abbiano favorito un'eccessiva estensione delle assicurazioni, che a loro volta hanno provocato un'intensa crescita della spesa sanitaria. Il sistema fiscale, infatti, sussidia la stipula di polizze assicurative, poiché i premi pagati dai datori di lavoro rappresentano sostanzialmente un reddito esente da imposte. Di conseguenza, il costo marginale della fornitura di assistenza sanitaria, attraverso le assicurazioni fornite dai datori di lavoro, è inferiore a quello che dovrebbe essere sostenuto se l'individuo comprasse direttamente i servizi sanitari (o l'assicurazione). La crescita delle coperture assicurative è stata favorita anche dal modo in cui i lavoratori possono scegliere tra diversi piani assicurativi. Nel caso il lavoratore opti per un piano assicurativo più costoso (che fornisce anche più servizi) rispetto a quello base, il datore di lavoro paga una frazione dei costi addizionali. In questo modo, sebbene per il lavoratore il beneficio marginale dei servizi extra, garantiti dai piani più costosi, possa essere inferiore al costo marginale, egli continuerà a scegliere il piano più costoso. Recentemente, però, molte imprese hanno tentato di ridurre i costi sostenuti per i programmi sanitari, stabilendo che siano i lavoratori a dover sopportare l'intero costo marginale, nel caso scelgano un piano assicurativo più costoso rispetto a quello base offerto.

#### 4.4.3 Selezione avversa

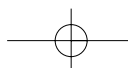
Un altro problema dei mercati assicurativi è rappresentato dalla **selezione avversa**. Per comprendere il significato di questo fenomeno, consideriamo il caso dell'acquisto di un'assicurazione. La compagnia assicuratrice non è in grado di distinguere tra individui con caratteristiche diverse (per esempio, diverse probabilità di ammalarsi), la sola cosa che può osservare è chi intende acquistare una polizza assicurativa a un determinato premio. All'aumentare del premio tuttavia, coloro che con una probabilità inferiore avranno bisogno di cure mediche (per esempio, i giovani sani) preferiranno non acquistare la polizza; in alternativa, potrebbero preferire l'acquisto di una polizza che copra soltanto spese mediche di ammontare elevato. Ciò significa che all'aumentare del premio si verifica un effetto di selezione avversa: coloro che hanno meno probabilità di ammalarsi decidono di non assicurarsi. Come mostrato nella Figura 4.4 (grafico A), all'aumentare del premio, la percentuale della popolazione che acquista una polizza diminuisce e coloro che hanno minore probabilità di ammalarsi sono quelli che per primi decidono di non assicurarsi. Questo fa sì che il costo medio per polizza aumenti all'aumentare del premio. In particolare, la Figura 4.4 (grafico B) mostra l'equilibrio di mercato che si verifica quando il premio uguaglia il costo medio per polizza. Inoltre, la Figura 4.4 (grafico C) mostra che, in equilibrio, il numero di individui che non sono assicurati può essere relativamente basso o, al contrario, elevato. Per esempio, in corrispondenza dell'equilibrio con premio elevato, relativamente pochi individui saranno



SANITÀ



**Figura 4.4 Selezione avversa.** Man mano che il premio cresce, la percentuale della popolazione che si assicura diminuisce e i rischi migliori (quelli che hanno minore probabilità di aver bisogno dell'assicurazione) escono dal mercato per primi. Di conseguenza, il pagamento medio cresce assieme al premio. Il grafico B mostra l'equilibrio di mercato, nel punto in cui il premio è uguale al pagamento (costo) medio. In equilibrio, può accadere che la maggioranza oppure che la minoranza degli individui rimanga priva di assicurazione. Il grafico C mostra che in effetti possono esserci equilibri multipli: nell'equilibrio con prezzo alto, la minoranza resta senza assicurazione, in quello con prezzo basso, è la maggioranza a non assicurarsi.



## CAPITOLO 4

assicurati: vi saranno pochi individui con un'avversione al rischio pronunciata che saranno disposti a pagare un premio in eccesso rispetto ai propri costi attesi. Al contrario, in corrispondenza dell'equilibrio con premio basso, la maggior parte degli individui sarà assicurata.

Spesso il comportamento delle imprese assicuratrici ha effetti avversi sull'efficacia delle stesse assicurazioni. Le imprese assicuratrici tendono, infatti, ad aumentare la "qualità" dei propri assicurati attraverso varie pratiche. In primo luogo, difficilmente esse sono disposte ad assicurare qualcuno per una malattia che ha avuto origine prima della stipula del contratto. Analogamente, in molti casi, le imprese assicuratrici si rifiutano di assicurare coloro che in passato hanno avuto seri problemi di salute.

In una realtà come quella statunitense, queste limitazioni possono avere effetti avversi sulla capacità degli individui di cambiare lavoro: per esempio, se qualcuno nella famiglia del lavoratore si ammala di una certa patologia, difficilmente l'assicurazione che dovrebbe essere stipulata per il nuovo impiego coprirebbe le spese mediche per tale patologia.

In secondo luogo, le imprese assicuratrici in genere stabiliscono limiti (tetti) alla copertura delle spese mediche. Di conseguenza, mentre il compito delle assicurazioni dovrebbe essere proprio quello di coprire i rischi più elevati (quelli cioè che non potrebbero essere sopportati dagli individui), spesso le imprese assicuratrici non sono in grado di svolgere tale compito.

Le imprese assicuratrici tendono infine a privilegiare coloro che provengono dai gruppi sociali meno a rischio. Per esempio, l'incidenza di fenomeni quali malnutrizione, violenze, tossicodipendenze e alcolismo – cause di elevati costi sanitari – è maggiore in alcuni gruppi socioeconomici piuttosto che in altri.

Questi comportamenti messi in atto dalle compagnie assicuratrici allo scopo di migliorare il mix degli assicurati sono indicati, utilizzando la terminologia anglossassone, come fenomeni di *cherry picking* o *cream skimming*. A questo proposito, il punto importante da sottolineare è che le compagnie assicuratrici traggono più benefici, in termini di maggiori profitti, dall'attuare tali pratiche piuttosto che dall'aumentare l'efficienza nella fornitura dei propri servizi.

Ovviamente riuscire ad aumentare i profitti riducendo i costi è un risultato socialmente desiderabile; diverso è invece il caso in cui l'aumento dei profitti avviene grazie al ricorso alla pratica del *cream skimming*. In questo caso, infatti, i vantaggi che una compagnia riceve si ottengono a spese delle altre compagnie, che si ritrovano così con un mix peggiore di individui da assicurare.<sup>25</sup>

Negli Stati Uniti, dove il mercato delle assicurazioni è alla base dell'assistenza

<sup>25</sup> Il problema è, in realtà, più complesso poiché possono esserci benefici in termini di efficienza derivanti dal raggruppare gli individui in base ai loro rischi. Per esempio, può essere utile venire a sapere che alcuni individui sono pessimi guidatori in modo da scoraggiarne la guida. Analogamente, praticare premi più elevati a coloro che fumano o consumano alcolici potrebbe avere benefici effetti di incentivo. Tuttavia, nel mercato delle assicurazioni sanitarie, questo tipo di raggruppamenti in genere non si verifica.

sanitaria, le preoccupazioni relative al fatto che alcuni gruppi della popolazione – in particolare, gli anziani e gli indigenti – sarebbero stati esclusi da una copertura assicurativa hanno giustificato un intervento pubblico più esteso (si vedano i programmi *Medicaid* e *Medicare*).

#### 4.4.4 Costi di transazione

Per costi di transazione si intendono quei costi associati all'attività di comprare e vendere beni, inclusi quelli relativi al funzionamento del mercato stesso. Nel caso del mercato assicurativo, questi costi sono spesso elevati. In un mercato perfettamente concorrenziale senza costi di transazione, l'ammontare delle entrate dovute ai premi coinciderebbe con l'ammontare delle uscite dovute ai risarcimenti. Nella realtà, invece, esistono costi associati alla vendita delle polizze e al pagamento dei risarcimenti. Per esempio, le compagnie assicuratrici spendono molto nel tentare di distinguere i soggetti più a rischio da quelli meno a rischio.

Accanto a questi costi di transazione, per così dire diretti, ve ne sono tuttavia altri più indiretti. Per esempio, sia i medici sia gli ospedali devono riempire ogni volta un numero molto elevato di moduli e, nel caso degli Stati Uniti, è stato stimato che circa il 20% delle spese degli ospedali è di natura amministrativa. Questi costi potrebbero essere ridotti, per esempio, ricorrendo a formulari standardizzati. In ogni caso, però, vi sono anche altri costi di transazione, come quelli associati al monitoraggio dei medici e degli ospedali da parte delle compagnie assicuratrici allo scopo di evitare truffe.

A causa degli effetti di incentivo appena descritti e degli elevati costi di transazione associati con le assicurazioni, molti economisti ritengono che il mercato assicurativo dovrebbe concentrarsi su quegli eventi che provocano spese maggiori e che, di conseguenza, non potrebbero essere sostenute dai singoli. Il problema, però, è che a molti individui sembra di "sprecare" il proprio denaro se la compagnia assicuratrice non paga anche le piccole spese: le compagnie assicuratrici hanno quindi tentato di attrarre più clienti coprendo anche i piccoli danni (per esempio, nel caso delle assicurazioni automobilistiche, coprendo le spese di rimorchio del veicolo).

#### 4.5 Temi del dibattito attuale sulla sanità

La crescita dei costi, i problemi di finanziamento e l'insoddisfazione sulla qualità dei servizi erogati sono i principali fattori che hanno posto all'ordine del giorno la necessità di interventi di riforma della politica sanitaria. I problemi affrontati sono in buona parte comuni a tutti i maggiori paesi industrializzati, a prescindere dalle caratteristiche dei singoli sistemi sanitari (sistema sanitario nazionale, di assicurazione sociale o di assicurazione privata) e dello specifico contesto istituzionale.

### 4.5.1 Riduzione dell'estensione della copertura assicurativa

Molti economisti ritengono che il problema dell'azzardo morale, derivante da un'estesa copertura assicurativa, sia il principale fattore esplicativo della crescita dei costi sanitari e della spesa. I mercati assicurativi privati riconoscono il ruolo cruciale svolto dal problema dell'azzardo morale e ne tengono conto garantendo solo una copertura limitata. Per esempio, talvolta nelle polizze vengono inserite clausole di compartecipazione, in base alle quali l'assicurato deve sopportare una quota dei costi. Secondo alcuni, nell'elaborazione dei programmi pubblici di assistenza sanitaria è stata rivolta scarsa attenzione al problema dell'azzardo morale; sarebbe necessario introdurre più estesamente forme di compartecipazione alla spesa.<sup>26</sup> L'elemento cruciale per valutare l'opportunità della compartecipazione degli assistiti ai costi è l'elasticità della domanda. Chi ritiene che la domanda di servizi sanitari sia abbastanza rigida rispetto al prezzo, essendo in gran parte determinata dalle prescrizioni dei medici, pensa che anche richiedendo agli individui di pagare un'elevata quota dei costi non si compierebbero grandi passi avanti verso la soluzione dei problemi che affliggono il settore sanitario.

**SANITÀ INTEGRATIVA.** Nell'ambito della tematica dei limiti all'estensione della copertura assicurativa ricade anche un problema di fondo, riguardante la frontiera tra pubblico e privato. È stato già esposto il punto di vista secondo cui lo Stato dovrebbe limitarsi a garantire un certo livello minimo di assistenza sanitaria. In base a questo principio, il servizio pubblico dovrebbe assicurare copertura solo contro i grandi rischi, mentre quelli minori dovrebbero restare a carico dei cittadini. Si è già detto che, dal punto di vista dell'efficienza economica, i rischi facilmente prevedibili e comportanti un costo ridotto (quali, appunto, le visite mediche di routine) non dovrebbero essere coperti. D'altro canto, occorre notare che se eventuali misure tese a modificare la frontiera tra pubblico e privato ridurrebbero certamente la spesa sanitaria pubblica, non è detto che anche la spesa sanitaria totale sarebbe ridotta. L'esperienza americana di un sistema basato prevalentemente sulle assicurazioni private sembra dimostrare il contrario. Inoltre, si assisterebbe, probabilmente, a uno spostamento della domanda dalle cure che non sarebbero più coperte a quelle che, invece, continuerebbero a esserlo, con conseguenti effetti negativi sull'efficienza economica. A questo proposito, nell'ambito delle recenti riforme avvenute in Italia, la stipula di polizze integrative da parte di singoli cittadini è stata favorita attraverso l'introduzione nel 1999 di incentivi fiscali. In generale, questo tipo di polizze prevede la copertura di prestazioni supplementari rispetto a quelle garantite dal SSN, come per esempio per cure dentistiche o fisioterapiche. Vi sono poi polizze che prevedono un trattamento da paziente privato all'interno delle strutture pubbliche: nel caso di un ricovero ospedaliero, il paziente privato potrebbe ricevere ser-

<sup>26</sup> Nel sistema pubblico italiano una forma di compartecipazione ai costi da parte degli assistiti era costituita, prima della loro abolizione, dai ticket. Anche se in base a modalità diverse, in ambito europeo la maggior parte dei paesi ricorre ai ticket.

vizi addizionali che non sono assicurati al paziente pubblico. In questo caso, però, il principio della parità di accesso potrebbe essere messo in discussione se i pazienti con polizze integrative fossero favoriti nelle liste di attesa perché vi è un'assicurazione che offre un pagamento supplementare per la loro assistenza.<sup>27</sup>

#### 4.5.2 Federalismo regionale e scelte di politica fiscale<sup>28</sup>

Le recenti riforme che hanno interessato il settore sanitario italiano, inserendosi in un più vasto disegno di federalismo fiscale, hanno messo in evidenza il problema relativo ai possibili conflitti in materia di attribuzione delle competenze tra i vari livelli di governo, Stato, Regioni ed Enti locali. In particolare, è stato evidenziato come possibile fonte di conflitti il rapporto tra il governo centrale, che ha ancora la responsabilità ultima del finanziamento, anche nel suo ruolo di debitore di ultima istanza, e le Regioni, che acquistano sempre maggiori competenze dal lato della spesa.<sup>29</sup> A questo proposito, come abbiamo visto, le riforme avviate negli anni '90 avevano avuto come obiettivo proprio quello di aumentare la responsabilità finanziaria delle Regioni, assegnando loro una maggiore autonomia tributaria, allo scopo di ridurre la separazione, tra i diversi livelli di governo, delle responsabilità di spesa e di prelievo fiscale. Ciononostante, se nella pratica non vi è coincidenza tra obiettivi perseguiti a livello centrale e obiettivi perseguiti a livello locale, tra i diversi livelli di governo possono sorgere conflitti di tipo verticale. A titolo esemplificativo, può essere utile ripercorrere la recente esperienza italiana. Negli ultimi anni, è stato possibile osservare uno squilibrio tra l'andamento della spesa sanitaria (destinata a crescere con l'invecchiamento della popolazione e le richieste di un'assistenza sanitaria sempre più tecnologicamente d'avanguardia) e quello delle fonti di finanziamento regionale, che sono destinate a diventare i più importanti strumenti di copertura, soprattutto in conseguenza della completa soppressione dei trasferimenti statali. Fino al 2001, in contrasto con gli obiettivi delle riforme avviate, le Regioni hanno preferito ricorrere, come nel passato, alla pratica dei disavanzi piuttosto che all'inasprimento delle aliquote delle proprie imposte per finanziare la spesa sanitaria in eccesso rispetto ai finanziamenti provenienti dal governo centrale: per esempio, nel 2001, i disavanzi sanitari erano quasi lo 0,65% del PIL.<sup>30</sup> Dopo il 2001, invece, in seguito a un accordo tra Stato e Regioni che ha previsto un sistema di sanzioni e premi nei confronti delle Regioni, queste ultime hanno attivato misure differenziate per finanziare i propri disavanzi sanitari: reintroduzione di ticket (su farmaci, prestazioni specialistiche e ospedaliere) per ridurre la domanda di servizi sanitari, contenimento della spesa e aumenti delle aliquote dei tributi propri regionali (IRAP, addizionale IRPEF, tasse automobilisti-

<sup>27</sup> Cfr. R. Levaggi e S. Capri, *Economia sanitaria*, Milano, Franco Angeli, 2003.

<sup>28</sup> Per approfondimenti, si veda G. Fiorentini (a cura di), *I servizi sanitari in Italia*, cit.

<sup>29</sup> Cfr. G. Fiorentini, "Politiche di bilancio e servizio sanitario nazionale: il controverso ritorno della programmazione", in Id., *op. cit.*

<sup>30</sup> Cfr. T. Frattini e A. Zanardi, "Federalismo regionale: un anno al palo", in M.C. Guerra e A. Zanardi, *op. cit.*



## CAPITOLO 4

che).<sup>31</sup> Queste misure di inasprimento fiscale sono risultate però in contrasto con la politica fiscale del governo centrale, tesa invece a ridurre il livello della pressione fiscale (centrale e locale). Tra diversi livelli di governo si è venuto così a verificare un conflitto di tipo verticale che, per quanto riguarda il 2003, è stato risolto dalla Legge finanziaria per quell'anno che, bloccando gli aumenti delle addizionali IRPEF e le maggiorazioni regionali dell'aliquota IRAP, ha di fatto ridotto gli spazi di autonomia fiscale recentemente assegnati alle Regioni.

La recente esperienza ha quindi mostrato come le riforme in atto abbiano dato luogo a conflitti tra Stato e Regioni, alcuni dei quali giunti davanti alla Corte costituzionale, per stabilire a chi spetti la responsabilità ultima del finanziamento della spesa sanitaria. Questo punto, relativo alla definizione dei compiti spettanti allo Stato, alle Regioni e agli Enti locali, è ancora al centro del dibattito attuale, anche alla luce del recente disegno di legge costituzionale sulla devoluzione n. 1187/2002 che dovrebbe modificare il già riformato Titolo V della Costituzione. In base al principio della sussidiarietà verticale, questa proposta di riforma aumenterebbe gli spazi di autonomia a disposizione delle Regioni, assegnando loro una competenza legislativa esclusiva sul settore sanitario.<sup>32</sup> L'ottica seguita è quella di trasferire a livelli inferiori di governo maggiori competenze decisionali, dato che questi ultimi dovrebbero essere in grado di interpretare in modo più corretto le preferenze locali. Secondo alcuni, questo nuovo scenario istituzionale potrebbe però aumentare il conflitto distributivo non solo tra Stato e Regioni ma anche tra le stesse Regioni. Più in generale, il problema consiste nel risolvere un trade-off tra obiettivi di efficienza, che garantiscono la libertà di scelta sulla base delle preferenze individuali, e obiettivi di equità, che assicurano a tutti i cittadini le stesse opportunità nell'accesso ai servizi sanitari, indipendentemente dalla regione di residenza.<sup>33</sup> A questo proposito, una delle difficoltà maggiori consiste proprio nel conciliare un Servizio sanitario che, per motivi etico-distributivi, dovrebbe avere un carattere universale (e quindi nazionale) con la nuova autonomia regionale. Anche quest'ultimo aspetto, tuttavia,

<sup>31</sup> Per esempio, l'addizionale IRPEF è stata aumentata da Piemonte, Veneto, Molise, Lombardia, Marche, Umbria, Puglia; l'IRAP è stata aumentata da Lazio, Lombardia e Marche; i ticket o misure di delisting sono stati reintrodotti da Veneto, Lazio, Calabria, Lombardia, Liguria e Sicilia; misure di riduzione della spesa sono state invece messe in atto da Piemonte, Lazio, Campania, Calabria, Basilicata, Abruzzo, Puglia (Frattini e Zanardi, *op. cit.*).

<sup>32</sup> Secondo la l. cost. 3/2001, invece, la sanità rientra tra le materie a legislazione concorrente, per cui l'applicazione del principio di sussidiarietà è inteso nel senso che soltanto le attività amministrative possono essere delegate ai livelli più bassi di governo, nell'ambito di un quadro legislativo stabilito da Stato e Regione. Più in particolare, i livelli di governo superiore, attraverso l'uso di deleghe, cedono parte della loro sovranità a quelli inferiori (soprattutto i Comuni), che rivestono così un ruolo importante anche nel governo della sanità. In questo contesto, in regioni come Toscana, Emilia-Romagna, Veneto e Lombardia è già presente una rete di Enti locali e istituzioni per tenere adeguatamente conto delle specificità locali nella predisposizione delle prestazioni sanitarie sul territorio. La Toscana, per esempio, sta sperimentando le cosiddette "società della salute", società miste a cui partecipano sia soggetti pubblici (Comune e ASL) sia soggetti privati (organizzazioni sociali del volontariato e del terzo settore). Nell'ottica, quindi, di un sistema che prevede non solo un Servizio sanitario pubblico ma anche la presenza di soggetti qualificanti la comunità locale, lo scopo di queste società consiste nel gestire ed erogare cure primarie, attività sociosanitarie e specialistiche di base (A. Petretto, S. Lorenzini, N. Sciclone, "La devoluzione in sanità tra novità costituzionali e organizzative", in *Rapporto Smith&Kline*, 2003).

<sup>33</sup> Cfr. A. Petretto, S. Lorenzini, N. Sciclone, *op. cit.*

può prestarsi a diverse interpretazioni:<sup>34</sup> a livello nazionale, dovrebbe essere garantita l'uniformità nelle condizioni di accesso ai servizi sanitari oppure dovrebbero essere assicurate le stesse risorse finanziarie, delegando alle Regioni i compiti relativi al finanziamento e all'organizzazione dei livelli essenziali di assistenza?

**DEFINIZIONE DEI LEA E I LORO OBIETTIVI.** Come già accennato, le recenti riforme che hanno interessato il settore sanitario italiano hanno introdotto nel nostro ordinamento i LEA (*Livelli Essenziali di Assistenza*), allo scopo di qualificare le prestazioni che il SSN deve garantire. In particolare, i LEA stabiliscono quali prestazioni sanitarie possono essere offerte nell'ambito del SSN e quali, invece, non possono esserlo. Da questa distinzione, si ricavano di conseguenza anche le prestazioni che risultano o meno finanziabili attraverso risorse pubbliche. I LEA si compongono di quattro liste: la prima indica quali sono i servizi assicurati dal SSN (lista positiva); la seconda indica invece i servizi non inclusi nei LEA (lista negativa);<sup>35</sup> la terza contiene i servizi parzialmente esclusi dai LEA, ossia quelle prestazioni che ogni Regione può decidere di erogare o meno utilizzando le proprie risorse; e, infine, la quarta elenca quei casi che è inappropriato trattare in regime di ricovero ordinario o in day hospital in quanto potrebbero essere trattati in un diverso contesto assistenziale, con una minore spesa e stesso beneficio per il paziente. I LEA, tuttavia, non sono semplici elenchi di prestazioni che il SSN deve o non deve garantire. In realtà, dovrebbero essere interpretati come lo strumento per perseguire un duplice scopo: il controllo della spesa pubblica e il rispetto dell'equità a livello territoriale, in un contesto di maggiore decentramento.<sup>36</sup> In altre parole, i LEA dovrebbero servire a stabilire uno standard nazionale di riferimento per regolare l'erogazione dei servizi sanitari a cui tutti gli assistiti hanno diritto, indipendentemente dalla Regione di residenza. Fino a oggi è stato riscontrato che l'orientamento delle Regioni è stato quello di fornire la più ampia gamma possibile dei LEA o anche un numero maggiore di servizi, attraverso l'inserimento di alcuni servizi totalmente o parzialmente esclusi dai LEA, piuttosto che adottare un approccio restrittivo. In particolare, le Regioni del Nord hanno adottato un approccio molto liberale nell'applicazione dei LEA, anche perché è prevista la possibilità di finanziare le prestazioni non incluse nei LEA con risorse proprie o fondi integrativi.<sup>37</sup>

In pratica, quindi, pur nel rispetto dei LEA, la sperequazione tra Regioni, relativamente alla gamma e qualità delle prestazioni erogate, che già oggi è possibile osservare, sembra destinata ad aumentare. Questo probabilmente porterà ad aumenti nella mobilità dei pazienti da una Regione all'altra, con particolare riferimento ai servizi ospedalieri. In questi casi potrebbero sorgere conflitti interre-

<sup>34</sup> Cfr. G. Fiorentini, *op. cit.*

<sup>35</sup> Per esempio, sono totalmente escluse dai LEA gli interventi di chirurgia estetica non conseguenti a incidenti, malattie o malformazioni congenite, le medicine non convenzionali, le vaccinazioni non obbligatorie in occasione di soggiorni all'estero.

<sup>36</sup> Cfr. G. France, "I livelli essenziali di assistenza: un caso italiano di "policy innovation" in G. Fiorentini, *op. cit.*

<sup>37</sup> Cfr. G. France, *op. cit.*

gionali per la definizione dei meccanismi di compensazione tra le stesse Regioni.

## Revisione ed esercizi

### Sommario

- ① Sebbene sia difficile prendere decisioni in materia di salute, un'allocazione delle risorse – la scelta tra utilizzi alternativi dei fondi – deve essere fatta. L'analisi economica può essere utile per prendere tali decisioni in modo sistematico e coerente.
- ② La spesa per servizi sanitari, i costi dei servizi sanitari e la spesa pubblica per la sanità sono aumentati rapidamente negli ultimi anni. In Italia, l'incidenza della spesa sanitaria sul PIL è circa il 6%; il settore pubblico finanzia circa il 95% della spesa sanitaria complessiva.
- ③ Le tre maggiori categorie di spesa pubblica sono, sotto l'aspetto funzionale, l'assistenza ospedaliera, le visite mediche e la spesa farmaceutica. Dal punto di vista della classificazione economica, le retribuzioni del personale sono la voce più consistente.
- ④ L'industria della sanità è caratterizzata da vari fallimenti del mercato.
  - a Consumatori non informati.
  - b Concorrenza limitata.
  - c Esternalità, associate alle malattie contagiose.
  - d Assenza dell'obiettivo della massimizzazione del profitto.
- ⑤ La stipula di assicurazioni sanitarie è associata ai fenomeni di azzardo morale e selezione avversa. La presenza di un'assicurazione può indurre l'assicurato a non prendere sufficienti misure precauzionali relativamente al proprio stato di salute e a richiedere un ammontare eccessivamente elevato di prestazioni sanitarie. Le compagnie assicuratrici possono essere incentivate ad aumentare i propri profitti assicurando soltanto i soggetti meno a rischio piuttosto che migliorando i propri livelli di efficienza.
- ⑥ Secondo molti economisti, il rapido aumento dei costi della sanità deriva dall'ampia estensione di forme di assicurazione che coprono le spese sanitarie. Sia nel caso del Servizio Nazionale sia in quello delle assicurazioni private, i costi sono in larga parte sopportati da un terzo soggetto, diverso dal medico e dal paziente.

## SANITÀ

- 7 Le carenze di funzionamento del nostro sistema sanitario, verificatesi in passato, sono state in larga parte provocate dalla mancanza di incentivi all'uso efficiente delle risorse, naturalmente presenti nei normali meccanismi di mercato. Le recenti riforme, che si inseriscono in un quadro più generale di contenimento della spesa pubblica, hanno introdotto modalità di gestione manageriale negli ospedali e una separazione tra acquirenti e fornitori dei servizi sanitari. Questi ultimi possono essere sia strutture pubbliche sia private, purché accreditate presso la Regione.
- 8 Nell'ambito del nuovo quadro istituzionale che si sta delineando in Italia, le regioni stanno assumendo maggiori responsabilità finanziarie, politiche e di

### CONCETTI CHIAVE

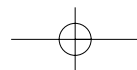


- Servizio Sanitario Nazionale
- Egualitarismo specifico
- Assicurazioni sanitarie private
- Azzardo morale
- Spesa fiscale (*tax expenditure*)
- Selezione avversa
- Compartecipazione ai costi
- Copertura a carico di terzi
- Costi di transazione
- ROD (*Raggruppamenti omogenei di diagnosi*)

gestione in ambito sanitario. Il sistema sanitario italiano è avviato verso la creazione di una molteplicità di sistemi sanitari regionali più o meno differenziati, sui quali lo Stato centrale svolge funzioni di monitoraggio e di verifica dell'assistenza erogata a livello regionale.

### Domande e problemi

- 1 Sotto quali aspetti l'acquisto di servizi sanitari è simile a quello di un'automobile? In che cosa è differente?
- 2 Elencate le varie distorsioni degli incentivi presenti nel settore della sanità (prestate attenzione a includere sia quelle che influiscono sull'acquisto di copertura assicurativa sia quelle che influiscono sull'acquisto diretto di servizi sanitari).
- 3 Illustrate i "fallimenti del mercato" che si verificano nel caso della sanità e il dibattito corrente su come dovrebbe essere modificata la fornitura di servizi sanitari in Italia.
- 4 Discutete gli effetti sul benessere e sulla domanda di servizi sanitari di individui diversi per condizioni di salute e reddito nel caso in cui le spese mediche siano completamente deducibili e nel caso non lo siano.



## CAPITOLO 4

- 5 Esistono ragioni particolari per cui gli ospedali sarebbero adatti o inadatti a essere gestiti dal settore pubblico? Negli Stati Uniti, nel recente passato, si è verificata una sensibile diminuzione del numero degli ospedali pubblici e un incremento di quello degli ospedali privati (aventi come obiettivo il profitto). Quali possono essere i motivi di questa evoluzione?
- 6 Negli Stati Uniti, coloro che criticano la diffusione di azioni legali per risarcimento dei danni sostengono che essa ha contribuito sensibilmente alla crescita dei costi della sanità e propongono l'introduzione di leggi dirette a limitare l'ammontare degli indennizzi, gli onorari degli avvocati o a tentare, in altri modi, di scoraggiare tali azioni legali. Molti giuristi temono che leggi del genere indebolirebbero il diritto di chi è stato seriamente danneggiato a essere risarcito equamente. Discutete i trade-off tra equità ed efficienza. Come pensate si dovrebbe procedere?
- 7 Negli Stati Uniti, come fino a qualche tempo fa in Italia, le spese mediche sono deducibili dal reddito. Mostrate graficamente gli effetti di questa possibilità sulla domanda di servizi sanitari. Se l'elasticità della domanda rispetto al prezzo è di 0,7, che effetto ha la deducibilità su un individuo la cui aliquota marginale dell'imposta del reddito sia del 15%? e del 28%? e del 33%?

