

Assicurazione sanitaria

Francesca Barigozzi*

Università di Bologna

1. - Introduzione

Nel mercato sanitario operano ed interagiscono tra loro tre diverse categorie di agenti economici: i consumatori di prestazioni mediche, le compagnie di assicurazione e il personale medico. Pur con qualche riferimento al ruolo del medico ed alla sua interazione con i pazienti da un lato e con le compagnie assicurative dall'altro¹, questo articolo si concentra principalmente sulla interazione strategica tra i consumatori e le compagnie assicurative pubbliche e/o private. Lo scopo del lavoro è quello di illustrare i principali problemi di politica economica che riguardano l'assicurazione sanitaria e quindi il finanziamento delle cure mediche. Particolare enfasi è posta sui problemi informativi, sull'intervento pubblico nella fornitura di assicurazione sanitaria e sugli effetti redistributivi di tale intervento sia quando la copertura è solo pubblica, sia quando essa è pubblica e privata.

1.1 *Il rischio di perdere salute*

Come possiamo assicurarci contro il rischio che si verifichino eventi negativi di varia natura (incidenti, furti, incendi ...), al-

* <francesca.barigozzi@unibo.it>.

¹ Si veda il paragrafo 8.

lo stesso modo possiamo assicurarci contro il rischio di perdere salute. Lo *stock* di salute del quale disponiamo alla nascita è soggetto a deterioramento nel tempo e, nel corso della nostra vita, subisce *shock* negativi più o meno numerosi e più o meno importanti. Non sappiamo anticipare né quale malattia ci colpirà, né in quale momento. Altri fattori incerti sono relativi al costo delle cure mediche necessarie nel caso in cui una malattia ci colpisca, all'efficacia del trattamento (altamente soggettiva) e alla possibilità di superare la malattia (nel caso si tratti di una malattia grave). In particolare, l'incertezza sul costo delle cure è cruciale: alcune cure hanno un costo proibitivo e, senza copertura assicurativa, risulterebbero non accessibili alla maggior parte degli individui.

Tutti gli elementi di incertezza che caratterizzano la nostra salute futura rendono utile e importante l'assicurazione sanitaria. L'assicurazione sanitaria non è in grado di coprirci direttamente contro il rischio di perdere salute, piuttosto essa ci copre contro un *rischio derivato*: il rischio di incorrere nella perdita monetaria dovuta all'acquisto delle cure mediche.

L'assicurazione sanitaria permette quindi di coprire le spese relative al consumo di cure mediche. Per questo, analizzando a livello aggregato la decisione degli individui relativa a se e quanta assicurazione sanitaria acquistare, ci occupiamo del *finanziamento della spesa sanitaria*.

1.2 Assicurazione sulla salute e contenimento della spesa sanitaria

Il contenimento della spesa sanitaria rappresenta in tutti i paesi industrializzati una priorità politica ed economica. Infatti, dagli anni settanta in poi, la spesa sanitaria dei paesi occidentali ha cominciato inesorabilmente ad aumentare, oggi essa oltrepassa il 14% del PIL in USA. La media europea è più bassa, essa rappresenta circa il 7% del PIL. Tra i fattori che sono maggiormente responsabili dell'aumento della spesa sanitaria possiamo ricordare i cambiamenti demografici, il progresso tecnologico, il fatto che le prestazioni sanitarie siano carat-

terizzate da elevata intensità di lavoro, l'aumento del reddito *pro-capite*².

Per riuscire a contenere la spesa sanitaria nonostante la presenza di tali fenomeni, è necessario identificare un corretto modello di riferimento e di studio, attraverso il quale analizzare gli incentivi che caratterizzano gli agenti economici che operano sul mercato assicurativo. L'obiettivo è quello di limitare il più possibile lo spreco di risorse.

In questo articolo illustrerò come la struttura dell'assicurazione sanitaria di un paese influenza il consumo di cure mediche e la spesa sanitaria del paese stesso. Come sarà chiarito nel corso di questo lavoro, due aspetti cruciali sono le asimmetrie informative che caratterizzano il mercato assicurativo e la particolare natura del bene "salute".

1.3 *Struttura del lavoro*

Il lavoro è organizzato come segue. Nel paragrafo 2 viene descritto il mercato dell'assicurazione sanitaria in assenza di fallimenti di mercato. Nel paragrafo 3 vengono presentati i diversi fallimenti di mercato che caratterizzano l'assicurazione sanitaria. Nel paragrafo 4 è spiegato perché un'assicurazione pubblica universale e obbligatoria è in grado di risolvere quasi tutti i fallimenti di mercato descritti nel paragrafo precedente. Il paragrafo 5 è dedicato all'equità: si discute sia di equità nel finanziamento della spesa sanitaria che di equità nell'accesso alle prestazioni. Nel paragrafo 6 prima viene descritto il ruolo redistributivo dell'assicurazione sanitaria pubblica in assenza di *moral hazard ex-post* e poi vengono riportati i risultati delle stime empiriche dell'equità orizzontale e verticale. Il paragrafo 7 considera come la presenza di *moral hazard ex-post* e di assicurazione complementare privata modifichi la proprietà redistributiva dell'assicurazione pubblica. Il

²A livello aggregato le cure mediche si comportano come un bene di lusso e quindi la spesa sanitaria dei paesi aumenta in modo più che proporzionale all'aumentare del PIL.

paragrafo 8 chiarisce il ruolo del medico quando l'analisi è focalizzata, come in questo articolo, sull'interazione strategica tra assicurazione e consumatori. Infine il paragrafo 9 offre alcuni commenti conclusivi.

2. - Il mercato dell'assicurazione sanitaria

Per spiegare come funziona il mercato assicurativo sanitario possiamo fare riferimento ad una situazione estremamente semplice e stilizzata: consideriamo un gruppo di individui uguali ed una compagnia assicurativa che non ha scopo di lucro. Tutti gli individui sono caratterizzati dalla stessa probabilità di incorrere in una malattia (non trasmissibile), supponiamo che tale probabilità sia pari a 0,1.

Il calcolo dei premi assicurativi si basa sulla *legge dei grandi numeri* che enuncia: «la proporzione di successi in n realizzazioni indipendenti di un evento E converge, per n che tende a infinito, alla probabilità di E ». Applicato al nostro esempio ciò significa che, quando il gruppo di individui è sufficientemente numeroso e le probabilità di malattia sono indipendenti tra loro, *la proporzione* di individui che contrarranno la malattia si avvicina alla *probabilità* di contrarre la malattia. Ovvero, se il numero degli individui è sufficientemente elevato, proprio il 10% della popolazione contrarrà effettivamente la malattia.

Grazie alla legge dei grandi numeri la compagnia assicurativa è in grado di calcolare i rimborsi attesi. E, all'aumentare della omogeneità e della numerosità della popolazione degli assicurati aumenta la precisione con cui l'assicurazione può stimare l'ammontare di tali rimborsi.

L'assicurazione quindi non sa *chi* contrarrà la malattia però conosce *la percentuale* degli individui che si ammaleranno.

Supponiamo che gli individui siano 100 e che la malattia possa essere curata con un unico trattamento disponibile che ha un costo di 500 Euro.

Se l'assicurazione rimborsa interamente le spese mediche degli assicurati, cioè offre una *copertura completa*, il rimborso atte-

so per ogni individuo è pari $0,1 \times 500 = 50$ Euro. Se tutti gli individui pagano un premio pari al rimborso atteso l'assicurazione raccoglie $50 \times 100 = 5.000$ Euro.

Per la legge dei grandi numeri sappiamo che dei 100 individui si ammalerà circa il 10%. Allora, imponendo un premio assicurativo pari a 50 Euro l'assicurazione raccoglie proprio l'ammontare che serve per finanziare le cure dei 10 individui che si ammaleranno (infatti il costo complessivo delle cure per i 10 individui che contrarranno la malattia è $500 \times 10 = 5.000$).

Acquistando l'assicurazione, i 100 individui del nostro esempio *mutualizzano* il rischio, ovvero si assicurano a vicenda: tutti pagano il premio di 50 Euro e i fondi raccolti sono utilizzati per finanziare le cure di chi contrae la malattia. Gli individui in buona salute finanzieranno le cure degli individui che si ammaleranno. Ciò significa che *l'assicurazione sanitaria redistribuisce risorse da chi è in buon salute a chi è malato*.

Come abbiamo visto, la mutualizzazione del rischio si basa su una legge *statistica*: se il gruppo degli individui è sufficientemente numeroso e omogeneo, allora l'assicurazione è in grado di rimborsare interamente il costo delle cure mediche facendo pagare a tutti un premio pari al costo atteso della malattia (ovvero un premio equo). La *teoria economica* mostra inoltre che, se gli individui sono avversi al rischio, il loro benessere è massimo proprio quando essi si assicurano completamente contro il rischio di malattia pagando un prezzo pari al premio equo. In altre parole, il benessere di un individuo che rischia di "perdere salute" è massimizzato quando egli acquista una *copertura completa* al *premio equo*.

Fino ad ora avevamo assunto che l'assicurazione non fosse a scopo di lucro. Se l'assicurazione invece desidera trarre un profitto dalla vendita di assicurazione sanitaria oppure deve coprire i costi amministrativi necessari a gestire le polizze ed i reclami, allora il premio proposto ai clienti sarà maggiore del premio equo. A questo proposito la teoria economica mostra che il consumatore è disposto a pagare un premio superiore al premio equo, ma tale premio non deve superare una certa soglia. Oltre questa soglia il consumatore preferirà non assicurarsi perché i benefici del-

l'assicurazione superano i costi (tale soglia è determinata sulla base dell'*equivalente certo*, ovvero del valore monetario posseduto con certezza che porta allo stesso livello di benessere raggiungibile senza assicurazione).

E se sul mercato diverse compagnie assicurative competono tra loro offrendo copertura sanitaria agli individui? In questo caso, quando il numero delle imprese di assicurazione è sufficientemente elevato, possiamo aspettarci che la competizione spinga i profitti a zero. Infatti, immaginando una concorrenza *à la Bertrand* (in cui la variabile strategica è il prezzo, ovvero il premio assicurativo), all'equilibrio le compagnie assicurative offriranno copertura sanitaria completa al premio equo e il benessere dei consumatori sarà massimizzato.

Quindi, se nel mercato assicurativo la concorrenza tra le imprese è sufficientemente aggressiva da far tendere i profitti a zero, i consumatori sono indifferenti tra assicurarsi nel libero mercato ed assicurarsi presso un assicuratore pubblico benevolente. Infatti in entrambi i casi il benessere dei consumatori è massimizzato, la copertura offerta è completa e il premio pagato è quello equo.

3. - I fallimenti del mercato nel settore dell'assicurazione sanitaria

Nel semplice esempio considerato nel paragrafo precedente, gli individui erano tutti uguali e le loro caratteristiche erano note alle compagnie di assicurazione. In particolare, la probabilità di malattia era osservabile e i consumatori non erano in grado di modificare né la probabilità di malattia né il costo delle cure. Inoltre non c'erano esternalità e l'assicurazione aveva un prezzo accessibile ai consumatori.

Quando una di queste condizioni viene a mancare, il mercato assicurativo non è più in grado di offrire a tutti gli individui copertura completa al premio equo: il mercato non è più efficiente.

Il paragrafo precedente mostrava come il mercato dell'assicurazione sanitaria funziona idealmente, questo paragrafo mostra come (e perché) esso opera nella realtà.

3.1 *Le asimmetrie informative*

La causa principale di inefficienza nel mercato dell'assicurazione sanitaria è l'asimmetria informativa che esiste tra le assicurazioni e gli assicurati. È utile distinguere tra *adverse selection* (selezione avversa) e *moral hazard* (azzardo morale), quest'ultimo può essere *ex-ante* oppure *ex-post*.

3.1.1 Adverse Selection

Si ha *adverse selection* quando gli individui sono eterogenei nel loro livello di rischio e le compagnie di assicurazione non osservano tale rischio, ovvero non osservano la probabilità che l'individuo contragga la malattia.

Supponiamo per semplicità che esistano due soli tipi di individui: quelli caratterizzati da un elevato rischio (per esempio la loro probabilità di malattia è 0,2) e quelli caratterizzati da basso rischio di contrarre la malattia (la loro probabilità di malattia è, come prima, pari a 0,1). La soluzione efficiente implicherebbe che le assicurazioni offrano copertura completa ad entrambi i gruppi. Il premio equo degli alti rischi (che corrisponde a $0,2 \times 500 = 100$ Euro) risulta ovviamente maggiore di quello che devono pagare i bassi rischi. In questa situazione gli alti rischi hanno tutto l'interesse a sostenere di far parte della categoria dei bassi rischi così da acquistare la copertura completa a 50 anziché 100 Euro. A causa dell'asimmetria informativa le assicurazioni non hanno modo di verificare il reale rischio dei consumatori. Se le compagnie assicurative vendessero a tutti copertura completa a 50 Euro, farebbero profitti negativi perché i premi raccolti non sarebbero sufficienti a pagare i rimborsi di tutti i consumatori che contraggono la malattia.

Supponiamo che le compagnie assicurative conoscano la percentuale di alti e bassi rischi nella popolazione. La teoria economica si è occupata principalmente di due possibili soluzioni di mercato.

– *Equilibrio di prezzo*. Se le compagnie assicurative offrono

un unico prezzo per unità di copertura e i consumatori scelgono quante unità di copertura acquistare a quel prezzo, il prezzo di equilibrio è dato dall'incontro tra domanda e offerta. Allora, all'equilibrio, il prezzo per unità di copertura appartiene all'intervallo compreso tra il rischio medio (0,15) ed il rischio più elevato (0,2). A quel prezzo gli alti rischi acquisteranno una copertura più che completa (maggiore del costo delle cure, ovvero maggiore di 500 Euro) e i bassi rischi una copertura inferiore a quella completa. In questo equilibrio i bassi rischi sussidiano il consumo di cure degli alti rischi. Se il prezzo di equilibrio è sufficientemente elevato i bassi rischi possono decidere di non acquistare affatto copertura sanitaria e rimangono fuori dal mercato.³

– *Equilibrio con free entry* (o equilibrio di Rothschild-Stiglitz, Rothschild e Stiglitz, 1976). Le assicurazioni offrono contratti definiti da due variabili: un premio e la copertura che quel premio garantisce. Contrariamente al caso precedente si tratta di contratti con *prezzi non lineari*. L'equilibrio corrisponde ad una allocazione tale che nessuna nuova impresa può entrare nel mercato e fare profitti positivi. Questo equilibrio esiste solo se la percentuale degli alti rischi nella popolazione è sufficientemente elevata.⁴ Se tale condizione non è verificata imprese e consumatori non effettuano alcuno scambio: il mercato fallisce completamente. Se invece esiste, l'allocazione di equilibrio prevede assicurazione completa per gli alti rischi al loro premio equo (100 Euro) e assicurazione parziale Q (< 500 Euro) per i bassi rischi (ad un prezzo equivalente al costo atteso di tale copertura cioè $0,1 \times Q$). Questo tipo di equilibrio si ottiene attraverso l'auto-selezione dei consumatori: le assicurazioni offrono un menu di contratti, una copertura completa al premio di 100 Euro e una copertura parziale Q al premio (inferiore) $0,1 \times Q$. Gli alti rischi sceglieranno il primo contratto (segnalando in tal modo all'assicurazione di essere un

³ L'equilibrio di prezzo corrisponde alla soluzione di mercato descritta da Akerlof nel suo famoso articolo sull'*adverse selection* nel mercato delle auto usate. (AKERLOF G.A., 1970)

⁴ Altrimenti una nuova assicurazione può entrare sul mercato facendo profitti positivi con un contratto che risulta preferito sia dagli alti che dai bassi rischi.

alto rischio) e i bassi rischi sceglieranno il contratto con assicurazione parziale (segnalando così di essere un basso rischio)⁵.

Quindi, in entrambe le soluzioni di mercato descritte, la quantità di scambi è inefficiente e l'utilità raggiunta dagli individui caratterizzati da un basso rischio di malattia è inferiore a quella che essi otterrebbero con informazione simmetrica (o perché la copertura costa troppo dato il loro rischio o perché la copertura offerta dalle assicurazioni è inferiore a quella completa).

3.1.2 Moral Hazard

Si ha *moral hazard* quando gli individui possono influenzare con le loro azioni la probabilità di malattia e/o la quantità di cure mediche consumate.

3.1.2.1 Moral Hazard ex-ante

Prima che il rischio si risolva, gli assicurati possono compiere azioni non osservabili che modificano la probabilità che la malattia si verifichi. In genere si fa riferimento alla *prevenzione primaria*, ovvero a tutti quei comportamenti che rendono meno probabile la malattia.⁶ Per esempio ogni comportamento che *non* rientra in uno stile di vita sano può essere considerato *moral hazard ex-ante*: seguire una dieta scorretta, non fare esercizio fisico, fumare, consumare alcolici. In generale si parla di comportamenti opportunistici da parte degli assicurati ogni qual volta questi ultimi non mettono tutto il loro impegno e non fanno tutto il possibile per evitare la malattia.

Fare prevenzione primaria è un'attività costosa per il consu-

⁵ Nessuno dei due tipi di individui ha interesse a scegliere il contratto previsto per l'altro tipo perché i due contratti soddisfano i *vincoli di compatibilità degli incentivi*.

⁶ Anche i vaccini rientrano nella categoria della prevenzione primaria. Tuttavia il consumo di un vaccino può essere certificato e quindi risulta osservabile dalle assicurazioni. Il consumo di vaccini pertanto non genera problemi di *moral hazard*.

mattore sia in termini di disutilità che di tempo; se tale attività costosa non prevede qualche forma di ritorno, un consumatore razionale non ha nessun interesse a compierla. Quindi, se un consumatore è completamente coperto contro il rischio di malattia non ottiene nessun vantaggio dal ridurre la probabilità della malattia stessa e, di conseguenza, non effettua prevenzione primaria.⁷ Ciò implica che il contratto considerato nel caso di informazione simmetrica (copertura completa ad un prezzo pari al premio equo) non è efficiente perché disincentiva gli assicurati alla prevenzione. La conseguenza del *moral hazard ex-ante* è che la frequenza con cui la malattia si presenta aumenta e quindi aumentano anche le spese per le cure mediche ed i rimborsi, così come i premi assicurativi.

Il livello di prevenzione ottimale si ha nel caso in cui l'assicurazione non è disponibile. Infatti, quando i costi delle cure mediche sono totalmente a carico del consumatore, egli ha interesse a compiere il massimo sforzo per evitare la malattia. Di conseguenza, per incentivare gli assicurati a fare prevenzione, le compagnie assicurative offriranno contratti con copertura parziale. Si assiste quindi ad un *trade-off* tra assicurazione ed efficienza: al crescere dell'avversione al rischio dell'individuo cresce l'inefficienza generata da una copertura parziale; ma, al crescere della copertura assicurativa, si riduce la prevenzione effettuata. Con una copertura parziale i consumatori scelgono un livello di prevenzione tale che il beneficio marginale della prevenzione in termini di riduzione della probabilità della malattia eguaglia il costo marginale della prevenzione stessa. Rispetto al caso di informazione simmetrica tale livello di prevenzione sarà comunque *sub-ottimale*.

Si noti che la *prevenzione secondaria* (o diagnosi precoce) non rientra nella categoria dei servizi che possono generare *moral ha-*

⁷ Questo ragionamento è valido se consideriamo malattie che procurano una disutilità rappresentabile unicamente come perdita monetaria indotta dall'acquisto di cure mediche. Nel caso in cui l'utilità sia *state-dependent* (ovvero contingente allo stato di salute) oppure la salute iniziale non possa essere completamente recuperata neppure con il consumo di cure mediche, allora gli individui hanno un incentivo a praticare prevenzione primaria anche se assicurati completamente. In ogni caso l'incentivo alla prevenzione sarà inferiore a quello che si osserva quando l'assicurazione completa non è disponibile.

zard *ex-ante*. Infatti la diagnosi precoce non influisce sulla probabilità della malattia bensì sullo *shock* negativo causato dalla malattia. In particolare, se la malattia è presente ma è ancora asintomatica, un test di screening permette di individuarla allo stadio iniziale cosicché lo *shock* negativo sulla salute da essa causato è minore⁸. La prevenzione secondaria non rientra nemmeno nelle scelte di consumo che generano *moral hazard ex-post*, infatti, come per la prevenzione primaria, si tratta di una decisione che il consumatore prende *prima* della realizzazione del rischio.

3.1.2.2 Moral Hazard ex-post

Mentre l'adverse selection e il *moral hazard ex-ante* si verificano in ogni mercato assicurativo, il *moral hazard ex-post* rappresenta un fenomeno peculiare del mercato dell'assicurazione sanitaria. Nel caso di assicurazione sulla salute i consumatori sono spesso in grado di scegliere un'azione che influenza l'ammontare della perdita monetaria nel caso di malattia. In particolare, nella forma più tradizionale di assicurazione sanitaria, quando la malattia si verifica i consumatori scelgono l'ammontare del trattamento che desiderano consumare e, successivamente, essi chiedono all'assicurazione il rimborso delle spese sostenute.⁹ Si noti che in questo caso il costo delle cure non è più l'ammontare fisso di 500 Euro considerato nell'esempio del paragrafo precedente. Qui l'ammontare speso per curare la malattia dipende dalla scelta dell'assicurato che a sua volta dipende dal *prezzo al consumo* delle cure.

Quando i consumatori decidono quante e quali cure mediche consumare essi acquistano cure mediche fino a che il beneficio

⁸ Mentre lo *shock negativo* sulla salute causato dalla malattia si riduce sempre grazie alla diagnosi precoce, i costi della cura possono aumentare o diminuire come conseguenza della diagnosi precoce. La prevenzione secondaria come strumento di *self-insurance* per i pazienti è stato studiato in BARIGOZZI F. (2004).

⁹ Questo caso si verifica quando non esiste interazione strategica tra medico e paziente e il medico agisce completamente e solo nell'interesse di quest'ultimo (si dice che il medico è un *agente perfetto* del paziente). Si veda il paragrafo 8 per la giustificazione di questa ipotesi.

marginale di queste ultime eguaglia il loro costo marginale. Tuttavia, essendo assicurati, gli individui pagano il trattamento meno del suo costo effettivo e quindi su di loro ricade solo parte del costo di quanto consumano. Nel caso in cui l'assicurazione rimborsi interamente il costo delle cure (copertura completa) gli assicurati tendono ad acquistarne il massimo quantitativo disponibile.¹⁰

Il *moral hazard ex-post* è quindi il consumo di cure mediche in eccesso dovuto alla presenza di assicurazione sulla salute: la copertura assicurativa riduce il costo marginale del trattamento e il paziente acquista più cure mediche di quanto sarebbe socialmente ottimale.

Come nel caso di *moral hazard ex-ante*, il livello di consumo ottimale si avrebbe quando l'assicurazione non è disponibile. Infatti, solo in questo caso il costo marginale che l'individuo paga per acquistare un'unità in più di trattamento è pari al suo costo marginale sociale (ovvero il costo marginale effettivo o reale). Come per limitare il *moral hazard ex ante*, per ridurre l'incidenza del *moral hazard ex post* le compagnie assicurative offriranno contratti con copertura parziale. Si assiste nuovamente ad un trade-off tra assicurazione ed efficienza: tanto maggiore è l'avversione al rischio dell'assicurato, tanto maggiore è il livello di copertura parziale ottimale e tanto maggiore il sovra-consumo che l'assicurazione induce.

La copertura assicurativa agisce come un *sussidio* alle cure mediche: le inefficienze causate dalla copertura assicurativa aumentano al crescere della sensibilità al prezzo che manifestano i pazienti. In particolare, maggiore è l'elasticità della domanda di cure mediche rispetto al prezzo, maggiore è il sovra-consumo di cure indotto dal *moral hazard ex-post* e minore sarà il livello ottimale di copertura parziale fornita dall'assicurazione.

Gli studi empirici sulla domanda di cure mediche aiutano a capire l'entità del problema stimando il valore dell'elasticità della domanda rispetto al prezzo relativamente a diverse tipologie di cure

¹⁰ Ciò vale sotto l'ipotesi che il trattamento non presenti gravi effetti collaterali e che quindi non causi particolare disutilità al paziente.

e servizi sanitari. Il lavoro più significativo rimane ad oggi il *RAND health insurance study* (Manning *et al.* 1987). Gli autori hanno studiato come gli individui reagiscono a contratti assicurativi caratterizzati da diversi livelli di compartecipazione della spesa (da 0 al 100%) attribuiti casualmente¹¹. I risultati mostrano che l'elasticità della domanda di cure rispetto al prezzo appartiene in media all'intervallo $[-0,1; -0,2]$. Come ci si aspetta, l'elasticità rispetto al prezzo è maggiore per le cure mediche specialistiche ed è bassa per le cure che richiedono il ricovero ospedaliero.

Si noti che l'asimmetria informativa che caratterizza la relazione tra assicurazione ed assicurato nel caso di *moral hazard ex-post non riguarda la quantità di cure* consumata dal paziente. Infatti il paziente riceve un rimborso da parte dell'assicurazione sulla base delle prestazioni che ha ricevuto. Le cure mediche consumate sono quindi osservabili *ex-post*.

Ciò che non è osservabile da parte dell'assicurazione è *lo stato di salute del paziente* (oppure, risulta normalmente troppo costoso per l'assicurazione verificarlo). In generale, tante diverse malattie sono possibili e per ciascuna di esse diversi trattamenti sono disponibili. Di conseguenza, anche se le cure mediche sono osservabili *ex-post*, esse non possono costituire l'oggetto di un contratto di assicurazione (cioè non sono *contractible*). Per questo motivo nella realtà osserviamo spesso contratti di assicurazione in cui il paziente sceglie la quantità di cure che preferisce e riceve come rimborso una quota prefissata (secondo il parametro di compartecipazione della spesa o di *cost-sharing*) di quanto ha speso.

Inoltre nella realtà osserviamo contratti di assicurazione con compartecipazione della spesa *lineari*, ovvero contratti in cui il parametro di *cost-sharing* è costante e non dipende dalla quantità di cure consumate. Tuttavia, proprio perché le cure mediche consumate sono osservabili *ex-post* potremmo immaginare contratti *non-lineari*, ovvero contratti in cui la compartecipazione aumenta o decresce con la quantità di prestazioni scelte dal paziente. Un contratto di questo tipo permetterebbe di ridurre l'inefficienza do-

¹¹ L'attribuzione casuale serve per evitare problemi di selezione avversa: i consumatori caratterizzati da maggior rischio sono infatti portati a scegliere in media i contratti con copertura più generosa.

vuta al moral hazard *ex-post* perché sarebbe basato su uno strumento più flessibile (per lo stesso motivo la tassazione non-lineare risulta meno distorsiva della tassazione lineare).¹²

È interessante chiedersi quale sarebbe nel caso di *moral hazard ex-post* il contratto di *first-best*, ovvero quale sarebbe il contratto ottimale in assenza di asimmetria informativa. Se le compagnie di assicurazione potessero osservare senza costo lo stato di salute dell'assicurato oppure se le cure mediche fossero *contractible*, l'assicurazione fornirebbe un rimborso monetario nel caso di malattia e il prezzo del trattamento non sarebbe distorto. In altre parole l'assicurazione offrirebbe come rimborso proprio il valore monetario delle cure efficienti (quelle per cui il costo marginale sociale è pari al beneficio marginale) e il paziente acquisterebbe proprio tale ammontare di cure.

3.1.2.3 Metodo di rimborso e contenimento della spesa

Fino ad ora ho parlato di assicurazione sanitaria in cui il rimborso è fornito attraverso la compartecipazione alla spesa per le cure mediche scelte dall'assicurato. Un altro metodo di rimborso usato dalle assicurazioni sanitarie è il così detto *rimborso in natura* (o rimborso *in kind*): l'assicurazione fornisce direttamente le prestazioni sanitarie di cui il paziente ha bisogno.

Il rimborso in natura si osserva in particolare nelle strutture integrate ovvero quelle in cui l'assicurazione sanitaria e il fornitore di prestazioni mediche sono integrati verticalmente (si pensi agli ospedali pubblici o convenzionati nel nostro SSN oppure alle HMOs americane¹³). Le assicurazioni che rimborsano in natu-

¹² Studiando un modello a compartecipazione della spesa non-lineare, BLOMQUIST (1997) mostra che è ottimale imporre una bassa copertura (oppure una franchigia) quando le spese mediche sono basse (ovvero per malattie relativamente poco gravi), ed una copertura elevata quando le spese mediche sono elevate (ovvero per le malattie gravi). Infatti, nel caso di spese elevate il *moral hazard* è generalmente basso, mentre risulta mediamente elevato nel caso di spese relativamente piccole.

¹³ Le *Health Maintenance Organizations* sono quelle organizzazioni che hanno avuto una diffusione enorme negli USA a partire dagli anni 90 ed in cui il paziente, se accetta di essere curato dai medici convenzionati con o stipendiati dalla stessa organizzazione, ottiene accesso sussidiato gratuito alle cure.

ra regolamentano la quantità delle prestazioni mediche accessibili ai pazienti. Questi ultimi, in genere, hanno accesso gratuito alle cure o accedono ad esse attraverso il pagamento di un *ticket*. Invece, nel caso dei contratti con compartecipazione alla spesa considerati nel paragrafo precedente, è il prezzo delle prestazioni mediche ad essere regolamentato attraverso il parametro di cost-sharing. Si noti che la regolamentazione del prezzo lascia un maggior margine di scelta al paziente rispetto alla regolamentazione della quantità, sia per quanto riguarda la quantità che il tipo di prestazioni mediche. Entrambi i tipi di rimborso rappresentano comunque un metodo di contenimento della spesa sanitaria dal lato della domanda. La regolamentazione della quantità limita il *moral hazard ex-post* ma introduce dei costi in termini di benessere sociale a causa dei vincoli al consumo che impone ai pazienti. Tali costi sono crescenti nel grado di eterogeneità della popolazione. La regolamentazione del prezzo, invece, limita molto meno il *moral hazard ex-post* ma non impone vincoli al consumo di cure mediche per i pazienti e quindi rispetta il principio della sovranità del consumatore.¹⁴

3.2 *L'incoerenza temporale nell'assicurazione sanitaria*

Quando la probabilità di malattia è molto alta e prossima a 1, il costo del premio assicurativo può divenire proibitivo. Esistono quindi degli individui che non hanno accesso all'assicurazione sanitaria perché non dispongono di un reddito sufficientemente elevato, perché sono anziani o perché sono stati colpiti da qualche malattia cronica o sono diventati non autosufficienti.

Ponendosi in un'ottica dinamica, il fatto di poter ricadere nel corso della propria vita in una classe di rischio molto superiore a quella iniziale genera un problema anche per quegli individui che già avevano acquistato l'assicurazione. Si tratta del problema dell'*incoerenza temporale* e della mancanza di *contratti a lunga du-*

¹⁴ Il confronto in termini di benessere sociale fra le due forme di rimborso, con compartecipazione alla spesa e in natura, è sviluppato in BARIGOZZI F. (2006).

rata nei mercati concorrenziali per l'assicurazione sanitaria: le compagnie assicurative hanno interesse a rinegoziare il contratto periodo dopo periodo. In particolare, quando l'assicurato è colpito da una malattia cronica, grave o diventa non autosufficiente rischia di non riuscire a rinnovare il contratto di assicurazione che aveva già sottoscritto. Infatti la compagnia di assicurazione ha interesse a chiedere un aumento del premio proporzionale all'incremento atteso delle spese mediche indotte dal nuovo stato di salute (oppure l'assicurazione può rescindere direttamente il contratto), cosicché l'individuo può facilmente entrare a far parte della categoria di coloro che non hanno accesso all'assicurazione. Come ha discusso Cochrane (1995), per risolvere il problema dell'incoerenza temporale sarebbe necessario istituire un'assicurazione ulteriore, quella contro il rischio di diventare una "persona ad alto rischio". Questa assicurazione prevedrebbe un rimborso nel caso di malattia cronica o di lunga durata sufficiente a ripagare l'incremento del premio dovuto al peggioramento dello stato di salute.

3.3 *Il problema di chi non si assicura*

Il paragrafo precedente considerava gli individui che non hanno accesso all'assicurazione sanitaria, questo paragrafo considera invece gli individui che *decidono di non acquistare* l'assicurazione. Si tratta in genere di individui a basso reddito, giovani ed in buona salute per i quali i benefici attesi dall'acquisto dell'assicurazione non superano il costo monetario del premio assicurativo.¹⁵ Questi individui anticipano che potranno comunque accedere alle cure mediche di pronto soccorso e di emergenza, se necessario, cosicché si verifica facilmente una situazione di *free-riding*.¹⁶

Il problema è stato interpretato anche come Samaritan's dilemma: quando un "altruista" (qui il governo) è pronto a offrire

¹⁵ Negli US gli individui senza copertura sanitaria sono circa 44 milioni.

¹⁶ Il motivo per cui le cure di pronto soccorso vengono fornite gratuitamente a tutti, anche quando l'assicurazione sanitaria è essenzialmente privata, verrà illustrato nel paragrafo 5 ed è legato alla speciale natura del bene "salute".

beni e/o servizi a chi sarà in difficoltà, i potenziali fruitori di questi beni e servizi non prenderanno le dovute precauzioni per evitare che lo stato di bisogno si verifichi.

3.4 *Malattie trasmissibili*

Le malattie trasmissibili rappresentano una situazione in cui i rischi di malattia degli individui sono correlati tra loro: la mutualizzazione dei rischi non funziona perché non vale la legge dei grandi numeri. Il mercato non è in grado di fornire assicurazione sanitaria per questo tipo di malattie.

Nel caso delle malattie trasmissibili, inoltre, le attività di prevenzione (per esempio il consumo di vaccini) e il consumo di cure mediche esercitano una *esternalità positiva* sugli altri individui. Come avviene sempre quando si verificano esternalità positive, il livello di consumo scelto dagli individui è *sub-ottimale*: anche se il mercato riuscisse a fornire assicurazione sanitaria, gli individui acquisterebbero meno copertura rispetto alla copertura socialmente ottimale.

4. - La fornitura pubblica di assicurazione sanitaria

Nel caso di fallimento del mercato l'intervento pubblico è utile per migliorare l'efficienza nell'allocazione delle risorse ottenuta attraverso il mercato.

L'intervento del governo nel mercato dell'assicurazione sanitaria è particolarmente esteso ed importante: tra i paesi dell'OECD solo la Svizzera e gli US possiedono un sistema assicurativo sanitario sostanzialmente privato. Nella maggior parte dei paesi l'assicurazione sanitaria è pubblica, universale e obbligatoria.¹⁷ In Ita-

¹⁷ Alcuni autori osservano che i paesi industrializzati stanno convergendo verso un sistema in cui le cure mediche sono sostanzialmente *finanziate* da un'assicurazione pubblica ma sono fornite dal settore privato. Si veda BESLEY T. - GOUVEIA M. (1994).

lia il singolo individuo non può decidere se assicurarsi o meno; egli paga un premio assicurativo imposto attraverso la fiscalità generale ed acquisisce così il diritto di beneficiare del Servizio Sanitario Nazionale.

Quasi tutti i fallimenti del mercato visti nel paragrafo precedente possono essere risolti attraverso la fornitura pubblica di assicurazione sanitaria. Veniamone il motivo.

È ovvio che un'assicurazione obbligatoria e universale risolve il problema dell'esistenza di chi non può o non vuole acquistare copertura sanitaria.¹⁸

Nel caso di *adverse selection*, la presenza di assicurazione universale e obbligatoria permette anche agli individui a basso rischio di beneficiare della copertura sanitaria completa. Si noti che l'assicurazione pubblica obbligatoria generalmente impone un premio ai diversi consumatori indipendente dalla loro classe di rischio (che, d'altronde, non è osservabile). Considerando nuovamente l'esempio del paragrafo precedente, se esistono due tipi di individui, quelli caratterizzati da un elevato rischio (con probabilità di malattia pari a 0,2) e quelli caratterizzati da basso rischio (con probabilità di malattia pari a 0,1) e supponendo che λ_A e λ_B siano le percentuali, rispettivamente, di alti e bassi rischi nella popolazione, il premio equo medio sarà 500 ($0,2 \times \lambda_A + 0,1 \times \lambda_B$). Poiché gli alti rischi in media si ammalano più spesso ed acquistano con maggior frequenza il trattamento, risulta che i bassi rischi finanziano parzialmente le cure mediche degli alti rischi: si hanno sussidi incrociati. Avevamo già visto che, con l'assicurazione sanitaria, gli individui in buona salute finanziano le cure di chi si ammala, ora, con eterogeneità dei rischi e premio uniforme osserviamo che c'è anche redistribuzione dai bassi agli alti rischi.

Considerando il problema dell'incoerenza temporale è chiaro che un'assicurazione pubblica è in grado di fornire contratti di lunga durata che coprono anche contro il rischio di entrare in una classe di rischio più alta.

¹⁸ Il programma pubblico statunitense Medicare, che fornisce copertura assicurativa agli individui sopra i 65 anni, è stato istituito proprio per garantire l'accesso all'assicurazione sanitaria alle persone anziane.

Infine, sia il problema dovuto alla presenza di rischi correlati nella popolazione che quello generato dalla presenza di esternalità positive sono facilmente risolvibili se un unico assicuratore benevolente fornisce copertura sanitaria a tutta la popolazione.

Tra i fallimenti di mercato descritti in precedenza solo il moral hazard non viene risolto dalla presenza di copertura universale e obbligatoria. Tipicamente questo problema affligge sia il settore pubblico che quello privato. In generale si ritiene però che il settore privato sia in grado di gestire meglio il moral hazard poiché possiede maggiori incentivi a disegnare contratti che riducano i comportamenti opportunistici. Infatti un'impresa privata si pone come obiettivo la massimizzazione del profitto e quindi persegue anche la riduzione dei costi. Inoltre un'impresa privata non può accedere a fondi e finanziamenti praticamente illimitati come un'impresa pubblica che può contare sulla fiscalità generale per sostenere anche *deficit* strutturali. Infine, tipicamente le imprese private evitano di intraprendere attività caratterizzate da elevato *moral hazard*.

Nel caso dell'assicurazione sanitaria tuttavia, le strutture pubbliche godono di un importante vantaggio di costo rispetto a quelle private: le assicurazioni pubbliche offrono contratti standardizzati e quindi risparmiano notevolmente sui costi di gestione delle polizze. La gestione amministrativa di queste ultime è infatti caratterizzata da notevoli economie di scala. È stato calcolato che, in media, dal 20 al 40% del premio delle polizze sanitarie private serve a coprire i costi amministrativi (Evans *et al.*, 1989; Fuchs and Hahan, 1990; Taylor, 1987).

In conclusione ci sono notevoli vantaggi in termini di efficienza nella fornitura pubblica di assicurazione sanitaria e questo spiega la larga diffusione che il finanziamento pubblico della spesa sanitaria ha avuto nei paesi industrializzati.

5. - Giustizia sociale ed equità

Nel sottoparagrafo 3.3 ho menzionato il fatto che le cure mediche di pronto soccorso vengono fornite gratuitamente a chi non

è assicurato e che questo genera un problema di *free-riding*. La fornitura pubblica delle cure mediche di emergenza è motivata dalla natura particolare del bene "salute".

Nel paragrafo 4 avevamo visto quali sono le ragioni, legate ai fallimenti di mercato e quindi all'efficienza, che motivano l'intervento dei governi nel mercato dell'assicurazione sanitaria. In questo paragrafo consideriamo invece i motivi di intervento legati a considerazioni etiche e di equità.

Secondo Musgrave (1959) la sanità è un *bene meritorio* ovvero un bene a cui la collettività attribuisce un particolare valore sociale perché ritenuto funzionale allo sviluppo morale e sociale della collettività stessa. Altri beni meritori sono l'educazione, una casa dove abitare, il cibo. Per questi beni esistono in molti paesi programmi di fornitura pubblica ai più poveri.¹⁹ Si dice, inoltre, che al consumo privato dei beni meritori sono spesso associate importanti esternalità positive. Secondo questo approccio l'intervento del governo è auspicabile affinché un livello minimo di beni meritori sia garantito a tutti.

In certe circostanze l'intervento del governo in ambito sanitario sarebbe inoltre motivato da *paternalismo* poiché, anche se completamente informati, gli individui non sono sempre in grado di formulare correttamente le loro scelte di consumo.

Oggi queste giustificazioni alla fornitura pubblica di alcuni beni privati, tra cui l'assicurazione ed i servizi sanitari, non sono più in voga fra gli economisti pubblici che preferiscono motivazioni basate sui fallimenti di mercato e su considerazioni etiche legate unicamente all'equità. Infatti, a prescindere dalle caratteristiche meritorie del bene e dall'eventuale paternalismo del governo, la particolare natura del bene salute rende auspicabile che gli individui contribuiscano al finanziamento della spesa sanitaria secondo la loro disponibilità di reddito e ricevano i servizi in base ai loro bisogni. Quindi, i governi dei paesi sviluppati non soltanto sono impegnati nel verificare che la fornitura di servizi sanitari avvenga in modo efficiente, ma sono impegnati anche a garan-

¹⁹ Per la casa ed il cibo si parla rispettivamente di programmi di *housing* e di fornitura di *food stamps*.

tire che le cure mediche siano finanziate secondo la capacità di contribuzione di ciascuno e che l'accesso alle cure avvenga secondo i bisogni e non secondo la disponibilità di reddito.

La salute e la malattia rappresentano un aspetto fondamentale dell'equità sociale e della giustizia. Secondo Sen (2002), l'equità nella salute non può essere definita in modo univoco, si tratta in realtà di un concetto multidimensionale. Per prima cosa la salute è tra le condizioni più importanti della vita umana ed una delle principali determinanti delle *human capabilities*. In una società giusta risulta fondamentale che sia garantita a tutti l'opportunità di raggiungere una buona condizione di salute, indipendentemente dalle condizioni sociali. Le cure mediche sono uno strumento che spesso risulta necessario per raggiungere un buono stato di salute e che la società può fornire o distribuire a questo scopo. Tuttavia, usando le parole di Sen²⁰, i fattori che contribuiscono al raggiungimento della salute vanno ben al di là delle cure mediche ed includono l'eredità genetica di una persona, il reddito, lo stile di vita e le abitudini alimentari da un lato e le caratteristiche epidemiologiche dell'ambiente in cui essa vive e lavora dall'altro. Anche se l'equità nella salute non può essere semplificata e ridotta all'*equità nella distribuzione delle cure mediche*, quest'ultima ricopre un ruolo importante poiché rappresenta il processo più diretto e semplice per limitare le iniquità nella distribuzione della salute. Infine l'equità nella salute non può prescindere da una profonda attenzione a come la società gestisce l'allocazione delle risorse scarse tra usi alternativi che influenzano la salute dei suoi membri.

Come menzionato in precedenza, la natura e l'importanza del bene salute giustificano quindi l'interesse che i governi manifestano sia per l'equità nel finanziamento delle prestazioni sanitarie sia per l'equità nell'accesso alle cure mediche. In particolare, l'equità nel finanziamento delle cure può essere interpretata in termini di equità verticale (persone con diversa capacità di contribuzione devono pagare in modo diverso le prestazioni che ricevono) e orizzontale (persone con la stessa capacità contributiva devono pagare

²⁰ SEN A. (2002), p. 660.

allo stesso modo le stesse prestazioni). L'equità nell'accesso ai servizi sanitari viene generalmente interpretata come principio di equità orizzontale (uguale trattamento per uguali bisogni).

Sebbene l'obiettivo dell'equità *nella salute* sia del tutto irraggiungibile, secondo gli "egualitaristi" l'eguaglianza nella salute viene ragionevolmente incrementata e promossa attraverso l'equità nel finanziamento e attraverso l'equità nell'accesso e nell'allocatione dei servizi sanitari.

Si noti che, sebbene l'equo accesso alle cure potrebbe essere garantito anche senza ricorrere alla fornitura pubblica di assicurazione ovvero attraverso un sistema di "vouchers", i paesi industrializzati hanno optato per la fornitura pubblica di copertura sanitaria agli individui indigenti. Un esempio emblematico è il programma pubblico statunitense Medicaid che fornisce copertura sanitaria ai più poveri.

Nel sottoparagrafo 6.2 parlerò di alcuni lavori che hanno studiato la progressività del sistema di finanziamento della spesa sanitaria e di altri che si sono occupati della stima dell'equità nell'accesso alle cure dei paesi dell'OECD.

6. - Assicurazione pubblica e redistribuzione

Non soltanto l'assicurazione pubblica permette di risolvere molti fallimenti di mercato così come è stato illustrato nel paragrafo 4, essa può anche risultare uno strumento utile per incrementare l'efficienza della redistribuzione, quando quest'ultima è ottenuta tramite tassazione sul reddito. In altre parole, è possibile aumentare il livello di redistribuzione (oppure lo stesso livello di redistribuzione diventa accessibile ad un costo minore) se il governo tassa i redditi da lavoro e al tempo stesso fornisce copertura sanitaria. La condizione necessaria affinché copertura sanitaria e tassazione dei redditi siano strumenti complementari è che il rischio di malattia e la produttività degli individui siano negativamente correlati. Ovvero, gli individui più poveri devono essere coloro i quali, in media, si ammalano più spesso e quindi ricorrono maggiormente alle cure mediche.

Prima di considerare gli studi che hanno misurato la correlazione tra morbidità e capacità di produrre reddito desidero descrivere brevemente le caratteristiche principali del *framework* che ha condotto a questo importante risultato teorico.

Nei modelli che hanno studiato la fornitura ottimale di copertura sanitaria pubblica in presenza di tassazione distorsiva sui redditi (Rochet, 1991; Cremer e Pestieau, 1996; Henriët e Rochet, 2004) gli individui sono caratterizzati da due parametri non osservabili: la morbidità e la produttività (che corrisponde al salario per unità di lavoro)²¹. Anche l'offerta di lavoro non è osservabile, essa è endogena e dipende inversamente dal livello di tassazione. Il mercato assicurativo sanitario privato è supposto efficiente. Gli strumenti a disposizione del governo sono quelli *standard* della tassazione (lineare o non lineare sul reddito) più un parametro uniforme di compartecipazione alla spesa sanitaria degli individui. Poiché il mercato privato dell'assicurazione è efficiente i consumatori acquistano sempre copertura completa contro il rischio di malattia (qui, nel caso di malattia la spesa sanitaria è fissa, ovvero non esiste *moral hazard ex-post*). Quindi i consumatori completano sempre l'assicurazione pubblica con una polizza acquistata sul mercato privato.

I risultati indicano che è ottimale fornire copertura pubblica completa (il parametro di compartecipazione alla spesa assume valore 1): sebbene il mercato privato sia efficiente, l'assicurazione privata non ha alcun ruolo e il governo finanzia interamente la spesa sanitaria.

L'intuizione del risultato è la seguente. Si ricordi che l'assicurazione sanitaria redistribuisce risorse dagli individui in buona salute a quelli che contraggono la malattia. Se gli individui differiscono tra loro per probabilità di malattia e capacità di produrre reddito e la morbidità e la produttività degli individui sono negativamente correlate, allora l'assicurazione sanitaria in media redistribuisce risorse dagli individui ad alto reddito a quelli a basso reddito. Inoltre l'assicurazione sanitaria è un efficace strumento

²¹ Questi lavori incorporano il modello di assicurazione alla Rothschild-Stiglitz in quello di tassazione ottimale.

di redistribuzione perchè non ha nessun effetto distorsivo sull'offerta di lavoro.

Quindi, se i governi hanno come obiettivo la redistribuzione dei redditi ed esiste correlazione negativa tra morbidità e produttività degli individui, allora la fornitura pubblica di copertura sanitaria migliora il benessere sociale perché permette di redistribuire risorse ad un costo inferiore. La rilevanza di questo risultato dipende ovviamente dall'evidenza empirica sulla correlazione tra gli indicatori socio-economici e la morbidità e mortalità degli individui.

6.1 *La correlazione tra gli indicatori socio-economici e la morbidità*

Molti studi empirici hanno analizzato la correlazione esistente tra morbidità e mortalità degli individui e indicatori socio-economici come il reddito, la ricchezza, il livello di istruzione e l'attività lavorativa (questi indicatori vengono raccolti sotto l'acronimo SES, ovvero *socio-economic status*).

I numerosi studi empirici (tra cui Smith, 1999; Adams *et al.*, 2003) mostrano che per una ampissima varietà di dati e di campioni la morbidità e la mortalità sono più basse tra gli individui caratterizzati da alti indicatori socio-economici.

Sebbene ci sia totale accordo tra gli studiosi riguardo all'esistenza di questa correlazione negativa tra morbidità e principali indicatori socio-economici, il dibattito sulle cause del fenomeno è ancora aperto. In particolare esistono 3 punti di vista distinti:

– Gli studiosi con formazione medica ritengono che la causalità sia la seguente: lo *status* socio-economico determina il tasso di morbidità e mortalità degli individui. La ragione sarebbe che un migliore status sociale rende più facile l'accesso alle cure mediche per gli individui ed inoltre assicura in media stili di vita e ambienti lavorativi meno esposti ai rischi.

– Gli economisti sostengono che la direzione corretta sia quella opposta: la morbidità determina lo status socio-economico degli individui. Infatti gli individui caratterizzati da più alta morbidità svilupperebbero più spesso delle patologie che influiscono ne-

gativamente sulla loro partecipazione alla forza lavoro e sulla loro capacità di produrre reddito. Inoltre le persone caratterizzate da alto rischio spendono di più, in media, in cure mediche e l'insieme dei due fenomeni limiterebbe notevolmente la loro capacità di investire in una professione qualificante. La causalità *dalla* morbidità allo *status* socio-economico appare particolarmente significativa a partire dalla mezza età fino alla vecchiaia.

– Più recentemente si è diffuso un approccio secondo il quale i fattori sia *genetici* che *comportamentali* influiscono congiuntamente sulla salute e sulla capacità di accumulare capitale umano degli individui. In particolare, ciò che risulta determinante per ottenere una bassa morbidità ed un elevato reddito è l'atteggiamento verso il lavoro e uno stile di vita sano. Questa letteratura (si veda van den Berg *et al.*, 2006 e la bibliografia contenuta) ha evidenziato come le condizioni di vita sperimentate nella prima infanzia abbiano effetti di lungo periodo sul tasso di morbidità e di mortalità. Appaiono importanti sia le condizioni *in utero* (stimate generalmente attraverso il peso alla nascita), sia le abitudini ed i comportamenti della prima infanzia. Riguardo alla salute al momento della nascita, essa pare principalmente riconducibile alla salute dei genitori, mentre non sono stati evidenziati effetti causali riconducibili al reddito dei genitori o al loro livello di istruzione. L'istruzione personale invece risulta un fattore molto importante ed il nesso di causalità pare andare in questo senso: un cattivo stato di salute alla nascita compromette la salute futura e porta ad una peggiore istruzione.

Riassumendo: gli studi empirici mostrano che SES e tassi di morbidità/mortalità sono negativamente correlati. Ciò permette di concludere che, in teoria, la fornitura pubblica di copertura sanitaria rappresenta uno strumento redistributivo efficiente. Ma è davvero così? Cosa dicono i dati sul consumo effettivo di cure mediche?

6.2 *L'equità secondo le stime empiriche*

Nella prima parte di questo sottoparagrafo sono riportati i ri-

sultati di due lavori che hanno analizzato l'equità nel finanziamento delle prestazioni sanitarie intesa come equità verticale. Nella seconda parte sono descritti i risultati di alcuni lavori che hanno stimato l'equità nell'accesso alle cure per i paesi OECD.

6.2.1 L'equità verticale e la progressività del finanziamento

La spesa sanitaria è generalmente finanziata attraverso quattro canali distinti: la tassazione (diretta e indiretta), l'assicurazione sociale, l'assicurazione privata ed i pagamenti a carico del consumatore (*out-of pocket payments*). La percentuale rappresentata da ciascuna fonte di finanziamento sulla spesa sanitaria complessiva di un paese dipende dalla struttura del sistema sanitario e dall'attenzione per la redistribuzione che contraddistingue il paese.

In Italia il finanziamento avviene in parte tramite la fiscalità generale ed in parte tramite due imposte regionali ovvero l'imposta sulle attività produttive, IRAP, e l'addizionale IRPEF. La quota proveniente dalle imposte regionali dovrebbe costituire la parte più importante del finanziamento di ogni regione (in media circa il 60%). La parte rimanente è trasferita dall'*ex-fondo* Sanitario Nazionale del governo alle regioni secondo le caratteristiche demografiche, la ricchezza *pro-capite* e le statistiche epidemiologiche delle singole regioni. Regioni "virtuose" come la Lombardia sono praticamente autonome mentre altre sono quasi interamente finanziate dalla fiscalità generale. Le regioni provvedono a distribuire le risorse finanziarie complessive tra le diverse ASL dislocate sul territorio.

Ritornando alle possibili fonti di finanziamento della spesa sanitaria, l'assicurazione sociale raccoglie risorse sulla base del reddito da lavoro degli individui, mentre la tassazione si basa sull'intero reddito imponibile.²²

La sottoscrizione di assicurazione privata avviene su base vo-

²² I paesi il cui sistema di finanziamento della spesa sanitaria è basato sull'assicurazione sociale si rifanno alla tradizione tedesca bismarkiana. I paesi la cui spesa sanitaria è finanziata dalla tassazione generale si rifanno invece al modello inglese di Beveridge.

lontaria. Il premio dell'assicurazione privata generalmente si basa sui fattori di rischio propri del singolo individuo.

L'assicurazione privata può coprire la compartecipazione alla spesa prevista dall'assicurazione pubblica, come in Francia, Danimarca, Belgio, Canada e Australia. I sistemi sanitari in cui l'assicurazione complementare ha questa struttura vengono generalmente chiamati *topping-up systems*²³ in opposizione ai sistemi detti di *opting-out* dove l'acquisto di assicurazione privata implica la fuoriuscita dal settore pubblico (come in Germania, Irlanda e Olanda). In Italia, Portogallo, Spagna e Regno Unito, invece, l'assicurazione privata fornisce una "doppia" copertura agli individui già assicurati dal settore pubblico. Infine, negli US e in Svizzera, l'assicurazione privata è l'unica fonte di finanziamento possibile insieme ai pagamenti *out-of-pocket*.

In Italia (e similmente negli altri paesi all'interno della stessa categoria) l'assicurazione privata permette di ottenere gli stessi servizi coperti dal SSN ma con prestazioni di maggior "qualità" come l'accesso a costo ridotto alla libera professione e al medico preferito, la possibilità di ridurre i tempi di attesa, la possibilità di usufruire di una camera singola nel caso di ricovero ospedaliero, una diaria giornaliera per i giorni di ricovero e così via.

Per quanto riguarda la suddivisione della spesa privata tra pagamenti *out-of-pocket* e assicurazione privata, si può osservare come quest'ultima sia ancora relativamente poco diffusa nei paesi del nord e del sud Europa.

Wagstaff *et al.* (1998 e 1992) stimano la progressività delle fonti di finanziamento della spesa sanitaria nei paesi OECD.

I sistemi basati sulla tassazione diretta risultano progressivi in tutti i paesi (soprattutto nel Regno Unito, Irlanda e Germania), ma meno in quelli (come Danimarca e Svezia) in cui la tassazione è locale, e quindi essenzialmente proporzionale. Le tasse indirette risultano regressive in tutti i paesi ma soprattutto in Spagna e Regno Unito. Facendo una media tra tassazione diretta ed indiretta si osserva che la tassazione generale è comunque progressiva in tutti i paesi.

²³ Gli effetti redistributivi del *topping-up* saranno illustrati nel paragrafo 7.

Per quanto riguarda i contributi richiesti dall'assicurazione sociale, essi appaiono fondamentalmente progressivi. Ciò è vero anche nei paesi come Irlanda, Spagna e Regno Unito dove l'assicurazione sociale raccoglie una parte relativamente poco significativa di fondi. Probabilmente la progressività dipende dalla presenza di esenzioni tra i più poveri e dal fatto che i contributi sono definiti sulla base del reddito individuale e non in riferimento al reddito familiare.

Riguardo alle spese finanziate dall'assicurazione privata, la progressività del finanziamento dipende dal tipo di servizi che sono coperti dalla polizza privata. Considerando i paesi in cui l'assicurazione privata copre la compartecipazione alla spesa imposta dall'assicurazione pubblica, la spesa privata risulta finanziata in modo progressivo in Danimarca e regressivo in Francia (quest'ultimo paese è caratterizzato da maggiore compartecipazione a carico degli individui cosicché una percentuale elevata di individui acquistano assicurazione privata anche tra i bassi redditi, inoltre esistono molte esenzioni dai contributi per i malati gravi, i malati cronici e gli individui a basso reddito). Invece, nei paesi in cui l'assicurazione privata copre gli stessi servizi forniti dal settore pubblico come in Italia, la spesa privata è finanziata in modo regressivo e la copertura privata risulta essere un bene di lusso. Infine, nei paesi in cui il sistema sanitario è essenzialmente privato e praticamente l'intera popolazione acquista copertura privata (come in Svizzera e negli US), la spesa risulta finanziata in modo altamente regressivo. Per quanto riguarda la spesa *out-of-pocket*, essa risulta regressiva, ed è tanto più regressiva quanto meno i bassi redditi sono coperti da assicurazione.

Gli autori concludono che in 2 dei 3 paesi che si basano totalmente sull'assicurazione sociale (Germania e Olanda) il finanziamento della spesa sanitaria risulta regressivo, mentre risulta progressivo in Francia. Nei sistemi con finanziamento basato sulla tassazione generale il finanziamento della spesa sanitaria risulta generalmente proporzionale o leggermente progressivo, ad eccezione del Portogallo dove il sistema è decisamente regressivo (a causa delle elevate spese *out-of-pocket*). Nei due paesi con un si-

stema di finanziamento privato (Svizzera e US) il finanziamento è regressivo.

6.2.2 L'equità orizzontale e l'accesso alle prestazioni

Alcuni lavori hanno studiato l'equità nell'utilizzo dei servizi forniti dai medici di base e dai medici specialisti nei paesi OECD e negli USA.²⁴ In circa metà dei paesi analizzati sono state rilevate iniquità nell'accesso al medico in favore degli individui ad alto reddito. Il livello di iniquità in favore dei più ricchi è più alto negli USA e nel Messico (gli unici due paesi privi di una copertura assicurativa universale), seguiti dalla Finlandia, Portogallo, Svezia. Relativamente iniqui risultano anche i sistemi sanitari di Francia, Svezia e Italia.

Nella maggior parte dei paesi, invece, non si rileva evidenza di iniquità tra i diversi gruppi di reddito per quanto riguarda le visite ai medici di base. Anzi, quando si rilevano iniquità esse sono piuttosto a favore dei più poveri. Tuttavia, in tutti i paesi, dopo aver controllato per le differenze nei bisogni, si evidenzia che i più ricchi hanno una maggior probabilità di accedere al medico rispetto ai poveri e mostrano anche una maggior frequenza di utilizzo dei suoi servizi. Le iniquità a favore dei più ricchi sono particolarmente importanti in Portogallo, Finlandia, Irlanda e Italia, 4 paesi in cui l'assicurazione privata e/o i pagamenti diretti dei privati (*out-of-pocket payments*) giocano un ruolo importante nell'accesso ai servizi specialistici.

La conclusione è che, sebbene nella maggior parte dei paesi le cure mediche di base siano distribuite equamente e, a volte, la loro distribuzione sia addirittura in favore dei più poveri, si osserva una distribuzione delle cure specialistiche molto a favore dei più ricchi. Questo fenomeno appare universale ma è più che mai evidente quando sono disponibili le assicurazioni sanitarie private.

²⁴ Si veda WAGSTAFF A. - VAN DOORSLAER E. (1992); WAGSTAFF A. *et AL.* (1999); VAN DOORSLAER E. *et AL.* (2000) e (2006); ATHERLY A. (2002) e BUCHMUELLER T.C. *et AL.* (2002).

In un altro studio (Van Doorslaer *et al.* 2000) vengono considerati anche i ricoveri ospedalieri, ovvero le cure *inpatient*, ma per un gruppo più ristretto di paesi. I risultati mostrano che per questa categoria di servizi esiste iniquità in favore dei più poveri, ma essa è significativa solo per il Belgio ed il Regno Unito.

Data l'importanza della spesa in cure ospedaliere sul totale della spesa sanitaria di un paese, anche per la spesa sanitaria complessiva si riscontrano iniquità in favore dei più poveri (eccetto nel caso di Svizzera e US) ma queste sono significative solo per il Belgio.

La rilevanza di questi fenomeni per il disegno di politiche sanitarie distributive efficaci dipende da quanto le iniquità di accesso alle cure si trasformano in iniquità nello stato di salute. Come abbiamo visto nel sottoparagrafo 6.1 le differenze socioeconomiche di accesso alla diagnosi ed ai servizi specialistici possono contribuire a creare differenze negli esiti.

7. - Assicurazione pubblica e redistribuzione in presenza di *moral hazard ex-post* e assicurazione privata

Abbiamo visto che gli studi empirici mostrano come SES e tassi di morbilità/mortalità siano negativamente correlati. Ciò dovrebbe farci concludere che la fornitura pubblica di copertura sanitaria rappresenta uno strumento redistributivo efficiente, così come hanno evidenziato i modelli teorici su assicurazione pubblica e redistribuzione. Tuttavia gli studi empirici considerati nel sottoparagrafo precedente mostrano come, soprattutto nel caso delle cure mediche specialistiche, esistano delle grosse iniquità di accesso in favore degli individui più ricchi. L'esistenza di spese *out-of-pocket* per i consumatori e la presenza di assicurazione complementare privata vengono riportate come probabili concause di tale fenomeno.

Nei modelli teorici visti in precedenza il mercato privato *non* era attivo. Evidentemente qualche elemento fondamentale è stato trascurato. Questo elemento è il *moral hazard ex-post*. Infatti, nella realtà, la copertura pubblica non è completa (il parametro di

compartecipazione alla spesa è inferiore a 1) e spesso gli individui acquistano anche assicurazione privata. Quando l'assicurazione privata copre la compartecipazione alla spesa prevista dall'assicurazione pubblica, come in Francia, allora la copertura privata accentua il consumo in eccesso dovuto al *moral-hazard*. In altre parole, a parità di reddito e di condizioni di salute, gli individui che possiedono anche una copertura sanitaria privata tendono a consumare più servizi poiché il costo marginale di accesso a tali servizi è per loro minore (si parla di “doppio” effetto di *moral hazard*). Se consideriamo anche il fatto che, all'aumentare del reddito, aumentano sia i servizi sanitari acquistati dagli individui (l'elasticità della domanda rispetto al reddito è positiva), sia la quantità di copertura privata acquistata (gli individui ad alto reddito acquistano migliori polizze²⁵), allora il risultato precedente è ulteriormente rafforzato.

Alcuni lavori teorici hanno studiato gli effetti redistributivi dell'assicurazione pubblica in presenza di *moral hazard ex-post* così da rendere più realistica l'analisi sviluppata negli articoli menzionati nel paragrafo 6.²⁶ Anche in questi lavori il governo usa come strumenti di politica economica la tassazione (lineare o non lineare) sul reddito e la copertura sanitaria pubblica. Le assicurazioni private vendono copertura complementare facoltativa (il tipo di assicurazione complementare modellizzato è il *topping-up*) e gli individui acquistano la quantità di cure mediche che desiderano dato il loro reddito netto e la loro copertura sanitaria complessiva.

I risultati mostrano che l'assicurazione pubblica rappresenta ancora uno strumento efficace di redistribuzione, ma solo se la correlazione negativa tra morbidità e produttività degli individui

²⁵ L'assicurazione è considerata un bene inferiore: all'aumentare del reddito diminuisce la quantità di copertura che i consumatori desiderano acquistare. Ciò è una conseguenza del fatto che l'utilità marginale è decrescente. Tuttavia, introducendo il *moral hazard*, si dimostra che quando l'elasticità rispetto al prezzo della domanda di servizi medici è sufficientemente elevata, la quantità di copertura assicurativa è crescente nel reddito degli individui: l'assicurazione diventa un bene normale. (Una prova formale di tale risultato è fornita in BARIGOZZI F., 2007).

²⁶ Si veda PETRETTO A. (1999); BOADWAY R. *et AL.* (2004) e (2006); BARIGOZZI F. (2001) e (2007).

è sufficientemente elevata. Inoltre, come ci si aspetta, per via del *moral hazard ex-post* la copertura pubblica ottimale ora risulta parziale, ovvero inferiore a 1.

È interessante chiedersi quale sia la politica ottimale in presenza di *moral hazard ex-post* quando la correlazione fra morbidità e produttività non è sufficientemente negativa, ovvero quando l'assicurazione pubblica non è più un efficiente strumento di redistribuzione dagli alti ai bassi redditi.

I risultati mostrano che, quando l'elasticità della domanda di cure rispetto al prezzo è sufficientemente elevata cosicché gli alti redditi acquistano più copertura sanitaria dei bassi redditi, gli alti redditi consumano più cure mediche dei bassi redditi. Allora la copertura pubblica ottimale risulta negativa: le cure mediche dovrebbero essere tassate anziché sussidiate. Inoltre sia per gli alti redditi che per i bassi redditi all'equilibrio risulta che il livello complessivo di copertura sanitaria è troppo *basso*.

L'intuizione di questo risultato è la seguente. Nello scenario appena descritto i ricchi acquistano più copertura sanitaria dei poveri e il loro sovra-consumo di cure mediche è superiore a quello dei poveri. Il consumo di cure mediche deve essere tassato perché così viene tassato, indirettamente, anche l'acquisto di copertura assicurativa privata. In altre parole, tassando le cure mediche il governo è in grado di garantire la redistribuzione dai ricchi ai poveri. La conseguenza è che solo la copertura fornita dalla polizza privata assicura contro il rischio di malattia. I problemi di doppio *moral hazard* sono così evitati. La copertura privata, fra l'altro, risulta più efficiente perché non è vincolata all'uniformità come è invece il parametro dell'assicurazione pubblica.

Riassumendo i risultati analizzati in questi ultimi paragrafi, l'analisi empirica mostra che, nei sistemi con assicurazione mista (presenza di copertura sanitaria pubblica e privata) le persone ad alto reddito tendono ad acquistare più cure mediche delle persone a basso reddito, sebbene queste ultime siano caratterizzate mediamente da un peggior stato di salute. Nei sistemi misti l'assicurazione pubblica è caratterizzata da una copertura uniforme finanziata da tassazione progressiva. Le persone ad alto reddito, tuttavia, quando il *moral hazard ex-post* è particolarmente marcato ac-

quistano più assicurazione privata degli individui a basso reddito. Se la correlazione tra morbilità e produttività degli individui non è sufficientemente elevata, una copertura pubblica positiva rischia di redistribuire risorse dai poveri ai ricchi, ovvero rischia di diventare una politica regressiva. Infatti l'effetto negativo dell'assicurazione complementare sulla redistribuzione può più che compensare l'effetto positivo indotto dalla correlazione negativa tra reddito e salute. Più in generale questa letteratura mostra che l'assicurazione complementare di tipo *topping-up* presenta dei costi in termini di efficienza ben superiori a quelli dovuti al doppio effetto di *moral hazard*. Più preoccupante è il fatto che essa possa annullare i positivi effetti redistributivi dell'assicurazione pubblica. Tali rischi risultano particolarmente gravi di fronte a (probabili) vincoli istituzionali che impediscono ai governi di tassare le cure mediche.

Si noti che nel caso delle cure mediche specialistiche si osservano sia una elevata elasticità della domanda rispetto al prezzo che una forte iniquità di accesso alle cure in favore dei più ricchi. L'evidenza sembra quindi suggerire che le cure mediche specialistiche non dovrebbero essere sussidiate poiché la fornitura pubblica di copertura sanitaria risulta regressiva. In altre parole, nel caso delle cure mediche specialistiche il contributo netto alla spesa sanitaria pagato dai più ricchi (ovvero il contributo raccolto dai ricchi al netto del sussidio alle cure che essi ricevono dall'assicurazione pubblica) può risultare inferiore a quello pagato dai più poveri.

Le implicazioni di *policy* di questa letteratura sono le seguenti. I governi dovrebbero disegnare con cautela i sistemi sanitari misti poiché la presenza di assicurazione complementare privata rischia di compromettere l'effetto redistributivo dell'assicurazione pubblica. In particolare il sistema di *topping-up* risulta decisamente inefficiente. Le inefficienze di tale sistema potrebbero essere limitate rendendo maggiormente progressive le contribuzioni degli individui al finanziamento della spesa sanitaria.

7.1 *L'assicurazione sanitaria privata in Italia*

In Italia sono 93 le compagnie assicurative che offrono po-

lizzate sanitarie e gli individui coperti da assicurazione sanitaria sono circa il 20% della popolazione nazionale. I premi raccolti nel 2005 sono stati pari a 1.716 milioni di euro; il tasso di crescita rispetto all'anno precedente (8,8%) è stato il valore più alto registrato dal 1999. L'incidenza dei premi di questo ramo sui premi complessivi delle assicurazioni danni è stato pari al 4,7% (ANIA 2006). La maggior parte delle polizze sono polizze collettive, sottoscritte da aziende o associazioni professionali, le assicurazioni sottoscritte individualmente ammontano circa un terzo del totale.

Anche se il mercato dell'assicurazioni sanitaria è cresciuto costantemente dagli anni novanta ad oggi, ancora esso rappresenta un mercato di nicchia e sia la domanda che l'offerta sono tra le più basse d'Europa. Nonostante le spese *out-of-pocket* per il consumatore italiano siano piuttosto elevate²⁷, la percentuale della spesa sanitaria finanziata da assicurazione privata sul totale della spesa era pari solamente all'1% nel 2004 (OECD Health Data, 2004).

Questo scarso interesse verso l'assicurazione privata in Italia dipende in parte da fattori culturali, come la scarsa propensione verso i prodotti assicurativi in genere, ed in parte dal fatto che le polizze individuali offerte, contrariamente a quelle collettive, sono molto costose. Una polizza individuale che copra prestazioni specialistiche e diagnostiche e ricoveri ospedalieri comporta premi non accessibili per le famiglie di reddito medio. Da parte loro le compagnie assicurative lamentano che il mercato è così ridotto che la mutualità fra assicurati è poco efficace e il ramo "malattia" risulta facilmente in perdita.

Come menzionato nel sottoparagrafo 6.2.1, le prestazioni coperte dalle assicurazioni private in Italia sono le stesse del SSN: ricoveri, prestazioni specialistiche e diagnostiche. Le polizze prevedono generalmente una maggiore facoltà di scelta dell'erogatore della prestazione, la possibilità di evitare la lista d'attesa, l'accesso a migliori condizioni di confort nel caso di ricovero ospedaliero e a volte una diaria in caso di ricovero. Quasi tut-

²⁷ Nel 2005 esse erano pari al 22% della spesa sanitaria totale.

te le polizze escludono invece le cure dentarie, la spesa farmaceutica, la fisioterapia e gli interventi in *day hospital* (ovvero quelle prestazioni in cui il rischio di *moral hazard* è molto elevato).

8. - Il ruolo del medico nella formulazione della domanda di prestazioni sanitarie

Questo lavoro si è concentrato sull'interazione strategica tra compagnie assicurative e consumatori. La spesa in cure mediche coperta dall'assicurazione nel caso di malattia è stata ipotizzata osservabile *ex-ante* e fissa, come nel caso dell'*adverse selection*, oppure determinata dallo stesso consumatore in base ai benefici e ai costi delle prestazioni, come nei modelli di *moral hazard ex-post*. In questo ultimo caso il medico è considerato un *agente perfetto* del paziente. Ciò significa che le funzioni obiettivo di medico e paziente sono perfettamente allineate, ovvero il medico ha interesse a scegliere proprio la quantità (ed il tipo) di prestazioni che il paziente avrebbe scelto se avesse posseduto la stessa informazione del medico.

L'ipotesi di *perfect agency* tra medico e paziente è realistica quando il medico non ha incentivi ad usare il suo vantaggio informativo per aumentare la sua utilità o il suo reddito.²⁸ Possiamo pensare ad un medico che riceve un salario fisso indipendentemente dalle prestazioni che fornisce (per esempio un medico ospedaliero) oppure ad un medico che è pagato con una quota fissa (*capitation*) per ogni paziente (per esempio un medico di base). Inoltre dobbiamo supporre che il medico non abbia interesse a mettere uno scarso impegno nella formulazione della diagnosi e nella comunicazione con il paziente oppure a dedicare poco tempo a quest'ultimo (compiendo visite troppo brevi e affrettate). Riassumendo, il medico è un agente perfetto del paziente quando non si comporta in modo opportunistico

²⁸ Il vantaggio informativo del medico riguarda le condizioni mediche del paziente, le cure disponibili, la loro efficacia e gli eventuali effetti collaterali.

perché non ha incentivo a farlo oppure perché è totalmente altruista.

In tutte le altre situazioni la relazione tra medico e paziente rientra tipicamente in un rapporto di agenzia e quindi esistono possibili inefficienze per quanto riguarda la domanda ed il consumo di prestazioni mediche (Si veda McGuire, 2000)²⁹.

Un problema molto dibattuto all'interno di questa letteratura è quello della *domanda indotta*: quando il medico è pagato all'atto (*fee for services*) ha interesse a fornire al paziente più prestazioni di quanto sarebbe strettamente necessario così da aumentare il proprio reddito. Questo comportamento genera un aumento del volume delle prestazioni sanitarie, una riduzione della loro appropriatezza e, a livello aggregato, la crescita della spesa sanitaria.

In linea con la più generale letteratura sugli *experts*³⁰, la concorrenza tra medici e la diffusione di informazione ai pazienti sono stati indicate come strumenti utili per aumentare la qualità delle cure e per ridurre il *moral hazard* da parte del medico.

Si noti che quando il paziente è assicurato, il medico ricopre il ruolo di "doppio agente": egli agisce sia nell'interesse del paziente al quale deve fornire la prestazione sanitaria, sia nell'interesse dell'assicurazione che copre il costo di tale prestazione. Per evitare che il medico tuteli gli interessi del paziente a scapito di quelli dell'assicurazione (ovvero si comporti come agente perfetto del paziente) sono stati proposti particolari schemi di remunerazione per il medico. Un esempio è quello della compartecipazione alla spesa tra medico ed assicurazione per le prestazioni sanitarie che il medico effettua o prescrive (si veda Ma and McGuire, 1997). Un altro esempio è quello della imposizione di quote massime di spesa per prestazioni effettuate o prescritte dai medici in un dato periodo di tempo (è il caso dei

²⁹ Per una survey della letteratura sull'interazione strategica tra medico e paziente focalizzata sui recenti modelli teorici che incorporano le *emozioni* si veda BARIGOZZI F. - LEVAGGI R. (2006).

³⁰ Gli *experts* sono quei professionisti che forniscono prestazioni per le quali il consumatore non è in grado di valutare *ex-ante* (per gli *experience good*) e a volte neppure *ex-post* (per i *credence good*) la qualità della prestazione fornita. Esempi sono i meccanici, i tecnici informatici, i tassisti.

medici generici inglesi che hanno a disposizione una spesa massima annuale che deve essere suddivisa tra tutti i loro pazienti, i *fund-holding GP*).

9. - Conclusioni

Il mercato dell'assicurazione sanitaria è caratterizzato da importanti fallimenti di mercato che rendono auspicabile l'intervento pubblico per ragioni di efficienza. Inoltre, per le particolari caratteristiche del bene salute, l'equità verticale nel finanziamento della spesa sanitaria e l'equità orizzontale nell'accesso alle cure mediche sono una priorità in quasi tutti i paesi industrializzati, cosicché l'intervento pubblico in questo mercato è dovuto anche a motivi di equità. L'assicurazione pubblica appare uno strumento efficace non solo per risolvere molti problemi di efficienza e per garantire a tutti la copertura sanitaria, ma anche perché essa risulta uno strumento complementare alla tassazione. Infatti, dal momento che esiste correlazione negativa tra produttività degli individui e probabilità di malattia, l'assicurazione pubblica è in grado di redistribuire risorse dagli alti ai bassi redditi senza creare distorsioni sull'offerta di lavoro. Tale funzione redistributiva è tuttavia messa a rischio dalla presenza di elevata spesa *out-of-pocket* per i consumatori e di assicurazione privata.

A causa dell'aumento inesorabile della spesa sanitaria e dell'incapacità dei governi di farvi fronte interamente con il gettito fiscale, è diminuito il grado di copertura offerta dai sistemi universalistici ed è aumentata la spesa *out-of-pocket* dei consumatori. In termini di equità verticale tale spesa risulta ovviamente regressiva. Di conseguenza, l'espansione del mercato assicurativo privato è stata vista positivamente dai *policy-makers* come un modo per ridurre l'onere della spesa sanitaria pubblica senza penalizzare troppo i cittadini e senza venir meno al principio di equità orizzontale. Tuttavia, l'assicurazione privata è un bene normale che influisce notevolmente sulla domanda e sul consumo di prestazioni sanitarie degli individui ad alto reddito. In Italia solo i

consumatori più ricchi acquistano polizze individuali, e soprattutto al nord. Come mostrano i risultati degli studi empirici sull'equità orizzontale soprattutto per le prestazioni specialistiche, l'equità di accesso alle cure non è garantita in molti paesi tra cui l'Italia. Il problema potrebbe essere mitigato accrescendo la progressività del prelievo fiscale per il finanziamento della spesa sanitaria pubblica e incentivando le polizze collettive in favore dei redditi medio bassi.

BIBLIOGRAFIA

- ADAMS P. - HURD M.D. - MCFADDEN D. - MERRILL A. - RIBEIRO T., «Healthy, Wealthy, and Wise? Tests for Direct Causal Paths Between Health and Socioeconomic Status», *Journal of Econometrics*, vol. 112, n. 1, 2003, pp. 3-56.
- AKERLOF G.A., «The Market for 'Lemons': Quality Uncertainty and the Market Mechanism», *Quarterly Journal of Economics*, vol. 84, n. 3, 1970, pp. 488-500.
- ANIA (Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici), «L'assicurazione Italiana 2005/2006», consultabile su www.ania.it, 2006.
- ATHERLY A., «The Effect of Medicare Supplemental Insurance on Medicare Expenditures», *International Journal of Health Care Finance and Economics*, vol. 2, n. 2, 2002, pp. 137-162.
- BARIGOZZI F., «The Public-Private Mix in Health Insurance», *Rivista di Politica Economica*, vol. 91, 2001 pp. 227-257.
- —, «Reimbursing Preventive Care», *The Geneva Papers on Risk and Insurance Theory*, vol. 29, n. 2, 2004, pp. 165-186.
- —, «Price vs Quantity in Health Insurance Reimbursement», *The International Journal of Health Care Finance and Economics*, vol. 6, n. 3, 2006, pp. 191-213.
- —, «Supplementary Insurance with Ex-post Moral Hazard: Efficiency and Redistribution», *Les Annales d'Economie et de Statistique* (83/84), 2007.
- BARIGOZZI F. - LEVAGGI R., «From Paternalism to Emotional Agency: Information in the Patient-Physician Relationship», *Working Paper*, n. 550, University of Bologna, 2006.
- BESLEY T. - GOUVEIA M., «Alternative Systems of Health Care Provision», *Economic Policy*, October, 1994, pp. 203-258.
- BOADWAY R. - LEITE-MONTEIRO M. - MARCHAND M. - PESTIEAU P., «Social Insurance and Redistribution», in CNOSSEN S. (ed.), *Public Finance and Public Policy*, New York, Mc Millan, 2002.
- — — — —, «Social Insurance and Redistribution with Moral Hazard and Adverse Selection», *Scandinavian Journal of Economics*, vol. 108, n. 2, 2006, pp. 279-298.
- BUCHMUELLER T.C. - COUFFINHAL A. - GRIGNON M. - PERRONNIN M., «Access to Physician Services: Does Supplemental Insurance Matter? Evidence from France», *Health Economics*, vol. 13, n. 7, 2004, pp. 669-87.
- CREMER H. - PESTIEAU P., «Redistributive Taxation and Social Insurance», *International Tax and Public Finance*, vol. 3, n. 3, pp. 281-95.
- EVANS R. et AL., «Controlling Health Expenditures: The Canadian Reality», *New England Journal of Medicine*, vol. 320, n. 9, 1989, 571-577.
- HENRIET D. - ROCHET J.C., *Is Public Health Insurance an Appropriate Instrument for Redistribution?*, mimeo, University of Toulouse, 1998.
- MA A. - MCGUIRE T., «Optimal Health Insurance and Provider Payment», *The American Economic Review*, vol. 87, n. 4, 1997, pp. 685-704.
- MCGUIRE T., «Physician Agency», in CULYER A.J. - NEWHOUSE P.J. (eds.), *Handbook of Health Economics*, volume 1, chapter 9, Elsevier Science, 2000, pp. 461-536.
- MUSGRAVE R.A., *The Theory of Public Finance*, New York, McGraw-Hill, 1959.
- OECD, *Private Health Insurance in OECD Countries*, 2004.
- PETRETTO A., «Optimal Social Health Insurance with Supplementary Private Insurance», *Journal of Health Economics*, vol. 18, n. 6, 1999, pp. 727-45.

- ROCHET J.C., «Incentives, Redistribution and Social Insurance», *The Geneva Papers on Risk and Insurance*, vol. 16, n. 2, 1991, pp. 143-65.
- ROTHSCHILD M. - STIGLITZ J., «Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information», *Quarterly Journal of Economics*, vol. 90, n. 4, 1976, pp. 629-49.
- SEN A., «Why Health Equity?», *Health Economics*, vol. 11, 2002, pp. 659-666.
- SMITH J.P., «Healthy Bodies and Thick Wallets: The Dual Relation between Health and Economic Status», *Journal of Economic Perspectives*, vol. 13, n. 2, 1999, pp. 145-167.
- VAN DEN BERG G. - LINDEBOOM M. - PORTRAIT F., «Economic Conditions Early in Life and Individual Mortality», *American Economic Review*, vol. 96, n. 1, 2006, pp. 290-302.
- VAN DOORSLAER E. *et AL.*, «Equity in the Delivery of Health Care: Further International Comparisons», *Journal of Health Economics*, vol. 19, 2000, pp. 553-84.
- —, «Equity in the Delivery of Health Care in Europe and the US», *Journal of Health Economics*, vol. 19, n. 5, 2000, pp. 553-83.
- —, «Inequalities in Access to Medical Care by Income in Developed Countries», *CMAJ*, vol. 174, n. 2, 2006, pp. 177-183.
- WAGSTAFF A. - VAN DOORSLAER E., «Equity in the Finance of Health Care: Some International Comparisons», *Journal of Health Economics*, vol. 11, n. 4, 1992, pp. 361-87.
- WAGSTAFF A. *et AL.*, «Equity in the Finance of Health Care: Some Further International Comparisons», *Journal of Health Economics*, vol. 18, n. 1, 1999, pp. 263-90.