

# ECONOMIA APPLICATA ALLA SANITA'

## 1 Premessa

L'obiettivo di questo documento è quello di fornire il quadro teorico dei problemi di natura economica connessi al settore sanitario. I modelli concreti di attuazione degli interventi sanitari sono compresi all'interno di un intervallo ideale i cui estremi possono essere identificati nel sistema completamente pubblico (approccio dirigistico-paternalistico) e nel sistema totalmente privato (approccio iper-liberistico, o dello stato minimale<sup>1</sup>).

Il documento viene suddiviso in tre parti distinte, nelle quali, partendo dai problemi di carattere generale del settore sanitario, si cercherà di fornire un quadro delle opzioni disponibili per la gestione della sanità, concludendo con una breve panoramica dei risultati che i diversi sistemi adottati hanno permesso di conseguire.

In particolare, nella prima parte verranno presentate le questioni essenziali che rendono il settore della sanità peculiare sotto il profilo della teoria economica. Saranno perciò trattati i problemi dell'efficacia dei meccanismi della concorrenza in questo settore, approfondendo l'analisi delle caratteristiche dell'offerta (presenza di pluralità di produttori e di omogeneità del bene/servizio offerto e verifica della propensione del produttore alla massimizzazione del profitto), e della domanda dei servizi sanitari (completezza e simmetria dell'informazione, pagamento diretto del consumatore). Saranno inoltre analizzati gli aspetti concernenti la distribuzione del reddito legati al "bene sanità", cui si collegano le caratteristiche di bene pubblico e

---

<sup>1</sup> Lo Stato limita il suo intervento soltanto alle funzioni essenziali e primarie, su tutte quella di "guardiano della notte" (così definita in quanto è proprio per proteggere l'incolumità fisica degli individui dai pericoli della notte che nacquero e si organizzarono le prime comunità umane).

meritorio, le esternalità positive derivanti dal consumo di questo bene, i fondamentali problemi di equità che riguardano il campo sanitario.

Nella seconda parte i concetti teorici precedentemente introdotti saranno applicati al funzionamento dei diversi modelli di finanziamento ed erogazione dei servizi sanitari, al fine di mostrare i punti di forza e di debolezza dei sistemi pubblici, dei sistemi privati e dei sistemi misti (questi ultimi rappresentano la gran maggioranza dei casi concreti). Infatti, le forme attraverso cui la politica sanitaria viene concretamente attuata possono essere molteplici; in particolare, verranno analizzate quelle a finanziamento privato, privato “regolamentato” e pubblico. Sul versante dell’offerta di beni/servizi sanitari, verranno considerate le diverse modalità di erogazione dei servizi: erogazione pubblica diretta, privata o mista.

La terza ed ultima parte verrà dedicata, infine, all’analisi dei risultati che le diverse soluzioni adottate nei vari paesi comportano, attraverso un confronto quantitativo a livello internazionale, ed una breve sintesi della letteratura esistente in materia.

## **2 Peculiarita' del settore sanitario**

La sanità presenta problemi complessi dal punto di vista allocativo in quanto costituisce, come usano dire gli economisti, uno dei tipici casi di fallimento del mercato. Infatti il settore sanitario presenta peculiarità tali per cui:

- 1) il mercato non funziona in modo tale da distribuire le risorse in modo efficiente;
- 2) l’allocazione efficiente delle risorse, quand’anche raggiunta ipotizzando il perfetto funzionamento del mercato, non è sempre e comunque auspicabile.

### **2.1 Efficienza del mercato sanitario**

---

Il mercato ha la funzione caratteristica di essere il luogo deputato all'incontro di domanda ed offerta dei beni, i quali vengono scambiati ad un determinato prezzo.

Il prezzo misura la scarsità relativa dei due beni (detti anche risorse) e la struttura dei gusti (o preferenze) dei consumatori. Esso è indicatore significativo di tali parametri solo se valgono le ipotesi che garantiscono il corretto funzionamento dei meccanismi di concorrenza; si tratta di stabilire se queste ipotesi trovano spazio concreto nel settore sanitario.

Semplificando, i fattori principali che garantiscono il corretto funzionamento delle leggi di mercato possono essere individuati nei seguenti:

- 1)informazione perfetta del consumatore;
- 2)pagamento diretto del consumatore;
- 3)pluralità dei produttori;
- 4)omogeneità del prodotto;
- 5)comportamento del produttore teso alla massimizzazione del profitto.

Di seguito si cercherà di stabilire se queste assunzioni, peraltro difficilmente soddisfatte in modo completo in qualsiasi mercato, possano ritenersi verificate in misura sufficiente nel settore della sanità'.

### 2.1.1 Informazione Perfetta del Consumatore

Questa ipotesi è certamente la più difficile da soddisfare nel settore sanitario. In questo contesto è possibile scomporre la nozione di informazione perfetta in due aspetti: completezza e simmetria.

#### *Completezza dell'Informazione*

Il settore dell'offerta dei servizi sanitari riguarda, per definizione, la vita umana.

Data la delicatezza e l'importanza dell'oggetto in questione, non può sfuggire la necessità di garantire la competenza professionale dei soggetti erogatori di servizi

sanitari. Di questo compito si occupa direttamente l'ente che è in generale deputato alla salvaguardia dei cittadini: lo stato. E' stata così individuata la prima area di intervento pubblico all'interno del settore sanitario: la tutela del consumatore.

Il tipo di intervento in questione non è invero tipico solamente del settore sanitario, poichè lo stato si occupa in generale di garantire la tutela e l'incolumità fisica dei cittadini anche in molti altri campi. Infatti, quando lo stato richiede che un edificio venga progettato secondo certi criteri da una persona qualificata, la ragione di questa richiesta è simile a quella che spinge lo stato a stabilire per l'esercizio della professione di medico l'obbligatorietà della laurea in medicina ed un esame di idoneità (l'esame di stato, appunto) attestanti l'affidabilità professionale del medico stesso. Questo tipo di intervento si rende necessario, in generale, quando sussistono due condizioni, una oggettiva ed una soggettiva.

La condizione oggettiva riguarda la peculiarità della materia in questione: si tratta di beni o servizi che hanno, direttamente (un'operazione chirurgica) o indirettamente (un'opera di ingegneria), a che fare con la salvaguardia della vita umana.

La condizione soggettiva concerne la possibilità che il cittadino comune ha di conoscere il bene/servizio che sta acquistando, o di cui sta fruendo e, quindi, di operare una scelta corretta. Poichè normalmente il "buon padre di famiglia", termine di riferimento adottato dal Codice Civile italiano (Art. 1176 c.c.), non può avere conoscenze mediche tali da essere medico di se stesso, nè è in grado di valutare a priori la capacità professionale di tutti possibili erogatori di beni/servizi sanitari, è lo stato stesso a farsi garante dell'incolumità del cittadino; si tratta, in altri termini, di un caso in cui l'informazione del consumatore non è sufficiente, o perchè non è possibile ottenerla, o perchè risulterebbe troppo oneroso procurarsela.

Il consumatore detiene sicuramente un insieme insufficiente di informazioni; anzi, è proprio la scarsità di informazioni riguardo al proprio stato di salute che lo spinge a

ricorrere al servizio di un medico. Il consumatore medio è strutturalmente ed ineluttabilmente poco informato rispetto al medico, al quale si rivolge proprio per ottenere informazioni (Arrow,1963). Il consumatore può al limite ottenere notizie riguardanti il medico in modo informale, ad esempio attraverso amici, parenti, conoscenti ecc., ma difficilmente il servizio richiesto è lo stesso per cui sta cercando informazioni ed ancor più raramente la fonte è così affidabile da garantire una scelta corretta.

Questo fatto richiede che qualunque sistema sanitario abbia una caratteristica indispensabile: l'intervento pubblico di regolamentazione. Infatti, avendo per oggetto la tutela della salute e, in definitiva, della vita umana, il settore sanitario esprime immediatamente la necessità di essere regolamentato secondo criteri ben precisi e rigorosi.

Lo svantaggio implicato da questa necessità è senza dubbio quello della complessità delle procedure di regolamentazione, le quali rendono il sistema poco flessibile ed aumentano i costi di produzione.

Nessuno, tuttavia, mette in dubbio la necessità di questo tipo di intervento pubblico; il dibattito, tutt'al più, si incentra sui livelli e sugli strumenti di applicazione.

In questo tipo di interventi esiste sempre un trade-off fra rigidità delle procedure e potere discrezionale dei soggetti che attuano la regolamentazione: in teoria, tanto più le procedure sono definite nei minimi dettagli, tanto meno la burocrazia preposta a far rispettare gli standard potrà sconfinare nell'abuso. Al contrario, un sistema di regolamentazione "a maglie larghe", permette certamente una maggiore flessibilità, ma richiede amministratori pubblici esperti non solamente di normative, ma anche e soprattutto dei contenuti, lasciando, almeno in teoria, maggiori possibilità d'abuso.

Va inoltre sottolineato come in realtà i sistemi estremamente rigidi di regolamentazione non abbiano affatto evitato, non solo nel nostro Paese, l'uso del

potere a fini personali: la definizione di un insieme di regole strettissime sembra spesso costituire, generalmente, il mezzo migliore per esercitare il potere di decidere chi e che cosa rispetti tali regole. In altri termini, quando le regole sono talmente tante e capillari da renderne di fatto impossibile per gli operatori rispettarle tutte alla lettera, il potere (discrezionale) del soggetto preposto a garantirne il rispetto risulta illimitato. Va pure sottolineata come la burocrazia sia indirizzata, specialmente nel nostro Paese, verso la correttezza dell'esclusivo adempimento formale e si trovi perciò largamente impreparata dal punto di vista della sostanza della materia trattata.

### *Simmetria dell'informazione*

L'informazione del paziente è asimmetrica rispetto a quella detenuta dal medico<sup>2</sup>.

Si è soliti rappresentare la situazione di vantaggio informativo del medico rispetto al paziente facendo riferimento ai modelli di agenzia o principale-agente: il consumatore delega le proprie scelte ad un agente, di cui non è però in grado di valutare a priori l'operato (Mooney, 1994). Da questa relazione di agenzia derivano alcuni problemi: il più rilevante fra di essi è certamente quello della compatibilità degli obiettivi del "paziente-principale" con quelli del "medico-agente". Riassumendo la letteratura esistente al riguardo, si può affermare come non esista alcuna garanzia che gli obiettivi del paziente (ad esempio la guarigione, oppure la miglior cura al minor costo) coincidano con quelli del medico (ad esempio la massimizzazione del proprio reddito per ogni possibile guarigione). Essendo in condizione di vantaggio informativo, l'agente ha la concreta possibilità di sfruttare la situazione per perseguire

---

<sup>2</sup> L'informazione si definisce asimmetrica in un mercato quando un attore (ad esempio il produttore) detiene un insieme di informazioni maggiore (o quanto meno diverso) rispetto a quello posseduto dagli altri attori (ad esempio i consumatori), senza che questi ultimi possano colmare la differenza, se non a costi proibitivi.

i propri obiettivi, e non quelli del principale (Vickers e Yarrow, 1988)<sup>3</sup>. Se poi si considera anche lo stato di paura in cui spesso si trova l'individuo quando si rivolge al medico, risulta facile comprendere l'enorme potere che quest'ultimo può esercitare sul paziente-consumatore (Dirindin, 1988).

La teoria economica definisce sovranità del consumatore la situazione in cui il consumatore è il miglior giudice delle preferenze alla base delle sue decisioni economiche (Samuelson, 1947). In sanità il consumatore non è sovrano: mentre il corretto funzionamento dei meccanismi di mercato richiede un legame diretto fra il consumatore ed il bene, la sequenza decisionale in questo settore si allunga di un passaggio e diviene così consumatore-agente-bene.

La teoria economica ha elaborato due schemi teorici per rappresentare ed analizzare i problemi connessi all'asimmetria ed all'incompletezza dell'informazione: azzardo morale e selezione avversa (Stiglitz, 1989).

La teoria economica definisce il problema dell'azzardo morale come un caso di informazione asimmetrica in presenza di azione nascosta<sup>4</sup>.

Lo schema di azzardo morale si sviluppa in un modello principale-agente quando l'agente può nascondere al principale una propria azione rilevante<sup>5</sup>. L'agente può,

---

<sup>3</sup> Nel caso invece si ipotizzi che il paziente non debba pagare (in tutto o in parte) i servizi sanitari utilizzati, data l'esistenza di un terzo pagante (vedi 2.1.2), le due figure possono accordarsi per un obiettivo comune ("tutte le cure, indipendentemente dal prezzo"), provocando, come spesso accade, una naturale crescita dei consumi sanitari e delle relative spese.

<sup>4</sup> In questo caso l'asimmetria consiste nel fatto che uno dei due attori (il cosiddetto principale) non può osservare direttamente il comportamento (l'azione appunto) dell'altro attore (l'agente), una volta che il "gioco" sia iniziato.

quindi, agire formalmente per conto del principale, facendo però i propri interessi (e non quella del principale).

Concretamente, il medico-agente può somministrare al paziente delle cure più costose rispetto ad altre di egual efficacia, oppure delle cure superflue, perchè tali decisioni favoriscono i rapporti con gli erogatori delle cure stesse (imprese farmaceutiche, laboratori di analisi, centri diagnostici, case di cura private ecc.).

La teoria economica definisce il problema di selezione avversa come un caso di informazione asimmetrica in presenza di informazione nascosta<sup>6</sup>.

Lo schema di selezione avversa si verifica quando l'agente tiene nascosta al principale un'informazione rilevante riguardo ad una propria caratteristica. Il medico può, ad esempio, non dichiarare certe caratteristiche (tipicamente la propria ignoranza su determinati processi diagnostici e terapeutici) senza che il paziente possa facilmente colmare questo vuoto di informazione.

### 2.1.2 Pagamento Diretto del Consumatore

Dagli schemi di azzardo morale e di selezione avversa derivano i problemi del cosiddetto terzo pagante (*third party payer*), i quali sorgono quando il soggetto che decide non è quello che sostiene le conseguenze economiche delle decisioni adottate: in campo sanitario assai spesso esiste un terzo pagante (assicurazione, mutua, fondo aziendale o stato).

---

<sup>5</sup> Per azione rilevante si intende in questo caso un'azione che incida direttamente o indirettamente sugli interessi del principale.

<sup>6</sup> In questo caso l'asimmetria consiste nel fatto che uno dei due partecipanti al gioco (il principale) non può conoscere una caratteristica essenziale (ad esempio un'informazione sullo stato di salute) dell'altro giocatore (l'agente), prima che il gioco abbia inizio.

La presenza di un terzo pagante rende sub-ottimale l'incentivo alla razionalizzazione delle spese, in quanto fra la nascita del bisogno di salute e la soddisfazione dello stesso si sviluppa la catena seguente: soggetto latore del bisogno (paziente)-soggetto ordinatore delle preferenze (medico)-soggetto pagante (lo stato, l'assicurazione ecc.)-produttore del bene (medico stesso, casa di cura, centro diagnostico, impresa farmaceutica ecc.).

Simmetricamente a quanto descritto nel paragrafo precedente, l'azzardo morale può essere applicato anche alla relazione fra paziente (assicurato) e terzo pagante (assicurazione o stato). Poichè l'assicurato sostiene solo indirettamente e/o parzialmente la spesa derivante dal danno subito, lo stimolo a limitarne la portata tende ad essere inferiore a quello auspicabile: la copertura finanziaria contro un evento comporta la riduzione più o meno volontaria della sensibilità alle conseguenze economiche dell'evento stesso<sup>7</sup>.

Il metodo per limitare questa distorsione consiste nel rendere l'agente (assicurato) in qualche modo *cost-conscious*. In campo assicurativo i meccanismi più utilizzati sono quelli della franchigia (una somma fissa) e dello scoperto (una percentuale della

---

<sup>7</sup> Un breve esempio servirà a chiarire il problema: si consideri il caso di un professionista che stia valutando la possibilità di recarsi a sciare. Fra i suoi pensieri può rientrare la considerazione che, qualora dovesse subire un infortunio, potrebbe perdere delle giornate lavorative e, di conseguenza, parte dei propri redditi: la sensibilità a questa variabile sarà senza dubbio elevata. Nel caso però si ipotizzi che lo stesso professionista abbia sottoscritto polizze assicurative contro il rischio di infortunio e le giornate lavorative perse, è lecito supporre che la sua sensibilità alla stessa variabile sia inferiore al caso precedente e, quindi, sia più propenso, *coeteribus paribus*, a sciare.

spesa) a carico dell'agente-assicurato<sup>8</sup>; essi, tuttavia, agiscono solo a parziale correzione degli effetti di *moral hazard*, in quanto limitano il fenomeno di iperconsumo attraverso l'imposizione di una compartecipazione alla spesa minore comunque del prezzo reale del bene (Arrow, 1963).

Non esiste alcun metodo pienamente efficace per contrastare questa tendenza. L'entità delle distorsioni provocate dipende dal grado di elasticità della domanda di quel bene rispetto al prezzo<sup>9</sup>: tanto più, infatti, essa è rigida (insensibile al prezzo), tanto più il bene viene considerato essenziale, tanto meno il fenomeno dell'azzardo morale assume rilevanza e meno necessari ed utili, di conseguenza, risultano i meccanismi appena descritti.

Parallelamente, anche lo schema di selezione avversa si può applicare alla relazione fra paziente (assicurato) e terzo pagante (assicurazione o stato). L'individuo ha, infatti, una percezione della probabilità del verificarsi del rischio contro cui sta assicurandosi migliore rispetto a quella posseduta dall'assicuratore. Questa caratteristica si concretizza nella tendenza da parte degli individui più a rischio ad assicurarsi; viceversa, gli individui caratterizzati da livelli inferiori di rischio sono

---

<sup>8</sup> Nel caso si tratti di un servizio pubblico si utilizza, invece, lo strumento denominato "*ticket modérateur*"; peraltro, tale meccanismo è del tutto assimilabile a quelli di franchigia e di scoperto: si pensi, ad esempio, alla compartecipazione al prezzo del farmaco ed alla quota fissa per ricetta.

<sup>9</sup> L'elasticità al prezzo del bene A, definita come rapporto fra la variazione percentuale della quantità domandata e la variazione percentuale del prezzo, misura la sensibilità della quantità domandata del bene stesso alle variazioni del prezzo. Matematicamente:

$$e_{pA} = DQ_A / DP_A * P_A / Q_A$$

meno orientati ad assicurarsi<sup>10</sup>. La domanda effettiva di assicurazione tende perciò a risultare inferiore a quella socialmente ottima e la maggior incidenza di soggetti a rischio muove i premi assicurativi verso l'alto<sup>11</sup>. Poiché si ipotizza che la domanda di assicurazione segua una logica razionale tesa a minimizzare il rischio totale della collettività contro gli effetti negativi di certi eventi, distribuendolo uniformemente sulla popolazione, è necessario intervenire per spezzare il circolo vizioso sopra descritto che condurrebbe, al limite, a far assicurare solo i soggetti il cui rischio è maggiore e prossimo alla certezza, portandoli così a pagare esattamente il prezzo dei beni/servizi acquistati<sup>12</sup>.

Va ricordato, inoltre, che la relazione di agenzia medico-paziente ed il pagamento non diretto da parte del consumatore causano (la prima) e rafforzano (il secondo) il fenomeno che viene comunemente detto domanda indotta dall'offerta (*supply-induced demand*): parte dell'offerta di beni/servizi sanitari viene, direttamente o indirettamente, "domandata" dal produttore stesso del bene/servizio, vale a dire il medico (Mooney, 1994)<sup>13</sup>.

---

<sup>10</sup> Nel ragionamento viene implicitamente assunto che il premio assicurativo sia uguale per tutti gli individui.

<sup>11</sup> Si noti come questo fenomeno, a sua volta, provochi la lievitazione della quota minima di rischio per cui è vantaggioso assicurarsi; il processo si risolve in un nuovo innalzamento del livello dei premi e si genera così un circolo vizioso.

<sup>12</sup> Peraltro, in questo caso estremo il termine "assicurazione" risulterebbe utilizzato impropriamente, venendo a mancare la componente fondamentale dell'aleatorietà.

<sup>13</sup> Il fenomeno consiste nel fatto che essendo talora il medico il produttore del servizio, ed essendo al contempo il soggetto che decide se e quale servizio consumare, vi è la tendenza da parte del medico stesso all'iperprescrizione. Va sottolineato comunque che anche quando il medico non eroga

In sintesi, il processo che parte dalla nascita del bisogno e, attraverso la formazione delle preferenze del consumatore, conduce alla soddisfazione del bisogno stesso mediante l'acquisto, all'interno di una struttura di mercato, di un bene, non può avvenire in campo sanitario in base ai canoni della concorrenza classica.

### 2.1.3 Pluralità di Produttori

Il campo sanitario comprende sicuramente un'ampia gamma di servizi offerti ai consumatori. In primo luogo, non è concepibile che lo stato permetta a chiunque di esercitare la professione medica. Lo stato si pone come garante del livello di professionalità del medico, richiedendo percorsi formativi obbligatori minimi come condizione necessaria all'esercizio della professione ed incaricandosi di tenere un apposito albo degli abilitati alla stessa. L'albo, pertanto, costituisce di per se stesso una barriera all'entrata<sup>14</sup> che, seppur funzionale alla tutela del consumatore, limita di fatto il numero dei potenziali concorrenti.

---

direttamente il servizio che egli stesso prescrive, questo fenomeno esemplifica i suoi effetti a motivo della forte identità che connota la classe medica. Sono stati condotti studi per valutare l'esistenza e l'effettiva portata della *supply-induced demand*, attraverso il confronto dell'utilizzo di particolari procedure terapeutiche raccomandate dai medici a cittadini comuni da un lato e ai parenti di medici dall'altro. Si è potuto notare come nel secondo caso (parenti di medici), le procedure raccomandate risultano inferiori (Domenighetti, 1989).

<sup>14</sup> La barriera all'entrata è un ostacolo tale da non permettere il libero accesso al mercato, in qualità di produttore, a chiunque lo desideri.

Si può comunque supporre che il complesso degli operatori sia tale da poter essere considerati “numeroso”<sup>15</sup>. Questa assunzione è comunque soggetta ad alcune limitazioni: la sua validità dipende da alcuni fattori quali il luogo di erogazione e il grado di specializzazione del servizio di cui si intende fruire. Ad esempio, l’assunto secondo cui i medici sono così numerosi da garantire il funzionamento della concorrenza difficilmente è soddisfatto nel caso di un’area rurale a bassa densità di popolazione; lo stesso ragionamento può essere esteso a determinati servizi particolarmente specializzati e costosi (ad esempio un centro trapianti), la cui presenza può essere giustificata economicamente solo da un ampio bacino di utenza. Il vero problema è, quindi, costituito dalla sussistenza di un elevato grado di accessibilità “fisica” a determinati servizi, tale da generare una reale possibilità di scelta da parte dei consumatori e, di conseguenza, effettiva concorrenza fra i produttori.

Va inoltre ricordato il fenomeno dei cosiddetti costi irrecuperabili (*sunk costs*), vale a dire quei costi che l’operatore del mercato sanitario sostiene senza poi avere la possibilità di recuperare al momento dell’eventuale uscita dal mercato stesso (Baumol, 1982): essi contribuiscono ad innalzare le barriere all’entrata del produttore<sup>16</sup>.

---

<sup>15</sup> E’ il caso, ad esempio, del nostro Paese, caratterizzato dalla presenza di un numero eccessivo di medici (uno ogni 187 cittadini, la cosiddetta “plethora medica”), frutto di anni di mancata programmazione a livello universitario.

<sup>16</sup> Uno dei tanti possibili esempi di questa tipologia di costi è costituito dalle spese necessarie a soddisfare i requisiti tecnici per l’installazione di un’apparecchiatura diagnostica ad alta complessità (TAC, NMR ecc.). Fra di essi si ricorda per importanza l’impiombatura completa dei locali: difficilmente si potrà ottenere un riconoscimento monetario per questa caratteristica nel caso di vendita dell’edificio per un diverso scopo.

Un altro fattore che tende a ridurre i possibili effetti benefici della concorrenza, spingendo il mercato verso il monopolio (cioè la situazione in cui esiste un solo produttore), è costituito dalla presenza di economie di scala nella produzione di certi beni/servizi sanitari<sup>17</sup>. Tale fenomeno avviene principalmente perchè alcuni costi (tipicamente quelli fissi) vengono ripartiti su una quantità di prodotto maggiore e, pertanto, incidono sulla singola unità di prodotto in misura minore: si verifica perciò una diminuzione del costo medio al crescere della quantità prodotta. Esiste naturalmente una dimensione tale per cui il costo medio ricomincia a crescere in quanto i costi fissi devono essere aumentati oltre quel livello<sup>18</sup>.

---

<sup>17</sup> Con il termine economie di scala si intendono le cause grazie alle quali all'aumentare della dimensione dell'impianto produttivo (ad esempio un ospedale) il costo medio di produzione del bene varia (situazione denominata **rendimenti di scala crescenti**). Nel caso si tratti di economie positive di scala (o, semplicemente, economie di scala), il costo medio diminuisce; specularmente, quando il costo medio cresce, si parla di economie negative di scala (o diseconomie di scala).

<sup>18</sup> Si pensi al servizio di portineria diurna in un ospedale: sia che l'ospedale abbia un posto letto, sia che ne abbia, ad esempio 300, il costo di una persona addetta a tale servizio è in valore assoluto identico, ma incide in un caso interamente su di un posto letto, mentre nell'altro viene ripartito su 300 posti letto. Se il carico di lavoro derivante dal 301° posto letto provoca l'assunzione di una seconda persona addetta alla portineria, vi sarà un portinaio ogni 150,5 posti letto, cioè il costo di due portinai verrà distribuito su 301 posti letto ed inciderà in misura decisamente maggiore (quasi doppia) su ogni posto letto rispetto al momento in cui l'ospedale aveva ancora i 300 posti letto (in questo caso si tratta di diseconomie di scala).

Assai spesso, come nel caso degli ospedali, le economie di scala sono tali da far sì che la dimensione ottima del produttore risulti così grande da non consentire la presenza di concorrenti in determinati ambiti territoriali<sup>19</sup>.

#### 2.1.4 Omogeneità del Prodotto

Il mercato sanitario va progressivamente evolvendo verso l'iper-specializzazione dei produttori; è logico supporre che questa tendenza sia finalizzata a rendere all'utente un servizio di qualità sempre più elevata. La società può permettersi di iper-specializzare un medico o un'équipe se risulta sufficientemente ampio il bacino di utenza di quel particolare servizio il quale, però, diviene eterogeneo e, quindi, non è più in concorrenza con gli altri servizi<sup>20</sup>. Di conseguenza, la competizione sul territorio locale (dove è presumibilmente più facile per il consumatore ottenere informazioni mirate) viene a mancare perchè un'operazione del tipo richiesto risulta effettivamente erogata da un solo medico. Si configura assai spesso una situazione caratterizzata da una serie di nicchie di mercato, in cui ciascun produttore può esercitare un certo grado di potere monopolistico; sotto il profilo economico essa si avvicina, tutt'al più, al caso di concorrenza monopolistica<sup>21</sup>.

---

<sup>19</sup> In generale esisterà una dimensione dell'ospedale (la dimensione ottima, appunto) tale da permettere di sfruttare al meglio le economie di scala e, al contempo, di limitare le diseconomie di scala. Per gli ospedali è stato calcolato che la dimensione ottima non è inferiore a 300 posti letto (Berki ,1972).

<sup>20</sup> Nella realtà si genera una situazione per cui, ad esempio, il chirurgo *a* non è in competizione con il collega *b* suo vicino, ma con il chirurgo *c* che pratica in un'altra area lo stesso tipo di intervento.

<sup>21</sup> Si tratta di una situazione che la teoria economica pone come intermedia fra il monopolio (caso in cui esiste un produttore unico che sfrutta il proprio potere di mercato per conseguire rendite aggiuntive)

Le motivazioni appena richiamate, considerate singolarmente o in combinazione, fanno sì che assai spesso il mercato si configuri come un monopolio naturale, vale a dire un mercato in cui c'è spazio per un solo produttore: la presenza di più di un produttore, infatti, porterebbe ad un aggravio dei costi per la comunità, senza un miglioramento della qualità o della quantità del servizio reso (Koutsoyiannis, 1981)<sup>22</sup>.

Può essere addirittura impossibile anche per un solo produttore coprire i costi diretti di erogazione di certi beni/servizi: la teoria economica giustifica in questi casi l'intervento pubblico nei processi di produzione e di scambio (vedi 2.2.3).

#### 2.1.5 Produttore Massimizzante il Profitto

E' lecito supporre che non tutti i produttori seguano comportamenti puramente tesi alla massimizzazione del proprio profitto; a supporto di questa tesi è opportuno citare soprattutto il caso delle associazioni senza fini di lucro (*non-profit*).<sup>23</sup>. Queste

---

e la concorrenza perfetta (caso in cui più produttori, per effetto della concorrenza, riescono a coprire i costi senza conseguire rendite derivanti dalla propria posizione di predominanza sul mercato).

<sup>22</sup> Un esempio classico è quello della produzione/distribuzione di elettricità, acqua e gas: in presenza di più di un produttore, si verificherebbe una duplicazione, ad esempio, delle tubature (e dei relativi costi) senza che la distribuzione di acqua, luce e gas ne tragga dei benefici qualitativi o quantitativi. L'esistenza di un monopolio naturale dipende dal fatto che il mercato è "piccolo" rispetto alla dimensione ottima dell'impianto di produzione. Un ospedale operante in una zona poco densamente popolata può essere considerato un caso di monopolio naturale dato che la dimensione ottima minima (300 posti letto) è probabilmente sufficiente ad coprire tutta la domanda di cure ospedaliere.

<sup>23</sup> In questo contesto sarà trattato soprattutto il caso delle organizzazioni **non-profit** votate all'erogazione di beni/servizi sanitari, in quanto il tema dibattuto riguarda i produttori di beni/servizi

organizzazioni hanno assai spesso come scopo la massimizzazione della quantità di beni/servizi prodotti o di alcune caratteristiche degli stessi (ad esempio la qualità) (Newhouse, 1970); esse possono perseguire come obiettivo primario anche la soddisfazione, monetaria e non, dei propri dipendenti/collaboratori<sup>24</sup>, oppure la minimizzazione del rischio di fallimento. Questo non significa che le organizzazioni non-profit non producano “profitti” o avanzi di gestione, ma piuttosto che gli “utili” vengono in realtà reinvestiti (o assorbiti) all’interno della struttura. In particolare, gli amministratori delle organizzazioni non-profit non risultano assillati dal problema di produrre dividendi da distribuire agli azionisti, ma devono tuttavia tenere conto del notevole potere contrattuale gestito dagli operatori sanitari (i veri e propri “direttori di produzione”): all’interno di queste organizzazioni avviene un conflitto fra i vari ruoli la cui posta è la massimizzazione del proprio potere contrattuale da utilizzare in sede di reinvestimento degli avanzi di bilancio (Muurinen, 1986).

Questa constatazione è del resto compatibile con la precedente secondo cui nelle organizzazioni *non-profit* l’obiettivo degli operatori non è la massimizzazione dei profitti, ma quella dell’*output* o di una delle sue caratteristiche, o dei propri redditi.

Le strutture *non-profit* hanno il vantaggio di ispirare nei pazienti un maggior grado di fiducia iniziale, elemento che costituisce fattore fondamentale nel buon risultato economico degli stessi.

---

sanitari. Gli aspetti peculiari tipici delle organizzazioni che si occupano di finanziamento (Casse Aziendali, Società di Mutuo Soccorso ecc.) saranno dibattuti nel seguito del libro.

<sup>24</sup> Assai spesso la figura del collaboratore/dipendente tende ad assumere in queste organizzazioni i contorni di quella di dirigente dell’attività, quando non addirittura quella del vero e proprio “proprietario” *de facto*.

Peraltro, molte delle considerazioni appena esposte possono essere estese anche ai produttori orientati al profitto: si pensi alla vasta letteratura scaturita dalla cosiddetta teoria comportamentista, secondo cui le imprese non necessariamente tendono a massimizzare il proprio profitto nel breve periodo, ma possono cercare di massimizzare quello di lungo periodo attraverso, ad esempio, l'ampliamento delle proprie quote di mercato (Marelli,1992)<sup>25</sup>. Altri autori sostengono la tesi secondo cui spesso il parametro che i dirigenti tendono a massimizzare è quello del volume delle vendite, in quanto la loro retribuzione viene sovente legata a questa variabile più che al profitto (Baumol, 1967).

Riassumendo tutti i concetti fin qui espressi possono essere riassunti, sotto il profilo economico, nel seguente asserto: il mercato sanitario non appare in grado di funzionare correttamente in assenza di un intervento pubblico di regolamentazione.

## **2.2 Desiderabilità dell'equilibrio di mercato in sanità**

Fino a questo punto sono state trattate problematiche che per molti versi riguardano, seppur con differente intensità, anche altri mercati, oltre a quello sanitario; di seguito l'analisi si concentrerà su alcuni punti che rendono specificamente atipico il “mercato della salute”, mettendo in discussione la desiderabilità stessa di un eventuale equilibrio raggiunto attraverso le leggi di mercato.

---

<sup>25</sup> Le motivazioni di questo comportamento possono essere molteplici. Innanzitutto, è possibile che i dirigenti delle imprese abbiano un certo grado di avversione al rischio; ciò porta ad un patto implicito teso ad evitare una “guerra totale”, i cui destini sarebbero incerti e, probabilmente, negativi per tutti. In secondo luogo, la conquista di quote di mercato può essere interpretata come un'azione tesa ad eliminare progressivamente i concorrenti, al fine di poter poi godere di rendite di oligopolio o addirittura di monopolio.

La salute, e di conseguenza il mezzo per raggiungerla (cioè la sanità), presenta tre caratteristiche fondamentali. Si tratta di:

-un bene pubblico;

-un diritto, in assenza del quale un sistema (politico, economico e sociale) non può fregiarsi della caratteristica di equità;

-un bene meritorio;

Queste tre peculiarità vengono addotte a giustificazione di molte delle forme di intervento pubblico nel settore sanitario.

### 2.2.1 Sanità Bene Pubblico

Uno dei motivi più plausibili addotti con maggiore frequenza a giustificazione del finanziamento pubblico in sanità è rappresentato dalla nozione di bene pubblico che connota certi beni/servizi sanitari. Con tale termine si intende un bene tale che: 1) il consumo dell' n-simo individuo ha costo zero se già n-1 individui hanno consumato quel bene (condizione di non-rivalità); 2) se esso è disponibile per n-1 individui, allora lo è anche per l' n-simo individuo (condizione di non esclusione)<sup>26</sup>.

---

<sup>26</sup> L'esempio di un tipico bene pubblico, il faro, servirà a chiarire il concetto. In un braccio di mare è necessario collocare un faro per avvertire i naviganti di un possibile pericolo. Tuttavia il faro è così costoso che difficilmente un singolo navigante può sostenerne i costi; ciò avverrebbe solo se esistesse un armatore con molte navi che transitassero in quel braccio di mare e che perciò avrebbe interesse ad installare solo per sé il faro. Una volta costruito il faro, esso risulta di beneficio a tutti i naviganti senza costi aggiuntivi (condizione di non-rivalità), ma il costo dello stesso è sopportato, in assenza di un pedaggio, da uno solo dei beneficiati (condizione di non esclusione). Peraltro, nella realtà difficilmente esiste un soggetto il cui beneficio è così grande da bilanciare il costo, giustificandone la spesa.

La problematica principale dei beni pubblici è rappresentata dal fatto che tendono ad essere offerti in misura insufficiente dal mercato, cioè difficilmente esiste un singolo soggetto privato che “domandi” questi beni in misura tale da farli produrre.

La sanità viene considerata bene pubblico a causa delle esternalità positive indotte dai beni e servizi sanitari. In generale, si parla di esternalità positive quando un soggetto gode di benefici derivanti dall’attività e dalle decisioni di un altro soggetto, senza sopportarne i costi; in modo analogo, ma opposto, si definisce l’esternalità negativa (Stiglitz, 1989).

Le esternalità possono essere di vari tipi ; in questa sede interessano, in particolare, quelle di consumo, cioè le esternalità che derivano dal consumo di un bene. La salute e l’educazione sono tipici esempi di esternalità positive di consumo: quando un individuo “consuma” salute ed educazione, egli reca dei vantaggi a se stesso ed agli altri, attraverso, ad esempio, la riduzione della possibilità di contrarre malattie infettive.

Le esternalità di consumo sussistono, in particolare, per i servizi appartenenti all’area della igiene pubblica. Si consideri, ad esempio, una campagna di vaccinazione: essa è una forma di consumo sanitario di cui beneficia sia chi è stato vaccinato sia chi non lo è stato grazie alla riduzione dell’incidenza di malattie infettive; inoltre, il beneficio del singolo aumenta se tutti i cittadini vengono vaccinati.

La gran parte degli interventi di sanità pubblica sono di questo tipo: domanda ed offerta di beni simili non possono perciò essere regolati esclusivamente dai meccanismi (insufficienti di per se stessi) del mercato.

Un altro caso in cui la sanità viene considerato un bene pubblico è quello in cui il mercato si configuri come un monopolio naturale (vedi 2.1.4); in questo caso l’intervento pubblico viene giustificato dalla necessità di offrire il bene in condizioni ottimali.

### 2.2.2 Sanità Diritto e Condizione di Equità

Le società, specialmente quelle moderne occidentali, attribuiscono grande valore alla salute; essa viene considerata parte rilevante del paniere di beni che una collettività deve offrire ai suoi membri affinché la distribuzione delle risorse possa essere giudicata equa. Si pongono, quindi, problemi di carattere distributivo: per poter giudicare “equa” una distribuzione di risorse sono necessari ulteriori presupposti, al di là dei risultati ottenuti allocando le risorse semplicemente attraverso il mercato (Tobin, 1970). La logica sottostante questo approccio, definita egualitarismo di specie<sup>27</sup>, si fonda sulla constatazione che certi specifici beni dovrebbero essere distribuiti all'interno di una società in modo meno ineguale rispetto alla possibilità di acquistare i beni stessi: i beni/servizi sanitari fanno parte di questo gruppo di beni.

Una società che considera deducibili dalle imposte alcune spese sanitarie (forma di finanziamento detta spesa fiscale o tax expenditure) adotta tale scelta sulla base del assunto secondo cui un sistema fiscale (ed indirettamente una distribuzione delle risorse), ispirato al principio di equità, deve basarsi sulla capacità contributiva dei soggetti.

La capacità contributiva viene diminuita da eventi patologici in due modi. Innanzitutto il soggetto malato non ha, normalmente, lo stesso livello di produttività dell'individuo sano; essendo perciò il reddito del soggetto malato inferiore, anche l'ammontare complessivo delle imposte dovute dovrebbe essere minore. Si tratta di un meccanismo automatico nel caso sia in vigore un sistema di tassazione

---

<sup>27</sup> Il termine “di specie” sta ad indicare il fatto che in questo caso non viene scambiato un bene generico come il denaro, bensì un bene specifico quale, ad esempio, l'assistenza ospedaliera.

progressivo, in quanto agisce senza l'intervento diretto dello stato<sup>28</sup>. Di questa quota del danno provocato dalla malattia, definibile lucro cessante, viene già tenuto conto direttamente nella variabile reddito: la malattia riduce il reddito percepito ed automaticamente le imposte dovute.

Esiste, tuttavia, una seconda modalità attraverso cui una malattia colpisce negativamente la capacità contributiva di un soggetto: la parte di danno emergente. Nel caso un individuo debba sottoporsi a cure mediche e sostenerne i costi, il reddito effettivamente disponibile (quanto rimane dopo aver pagato le tasse) diminuisce. Poiché si ritiene che i soggetti debbano contribuire al benessere comune in base alla loro "possibilità" (la capacità contributiva, appunto), e la miglior misura di questo parametro viene individuata nel reddito disponibile, i costi della terapia, riducendo tale quantità, devono poter essere sottratti (in tutto o in parte) all'ammontare delle imposte<sup>29</sup>.

---

<sup>28</sup> Se infatti il sistema fiscale è progressivo (ad esempio a scaglioni come il nostro), la riduzione delle tasse dovute nel caso il soggetto non possa svolgere il proprio lavoro è pari all'aliquota massima (la cosiddetta aliquota marginale) pagata dal soggetto stesso (Dirindin, 1988). Se invece il sistema fosse, all'estremo opposto, a quote capitarie fisse (ciascuno paga una certa quota, indipendentemente dai redditi percepiti), il soggetto non otterrebbe alcun "beneficio" fiscale per effetto della malattia.

<sup>29</sup> Un esempio chiarirà il concetto. Si supponga di considerare due individui che nel 1994 abbiano avuto redditi per complessivi 100 milioni di lire. Ipotizzando un'aliquota media del 10%, a ciascuno di essi resteranno 90 milioni, una volta pagate le tasse. Si supponga anche che l'individuo A abbia dovuto sostenere 10 milioni di spese mediche per curarsi da una malattia. In questo caso la disponibilità di reddito dell'individuo B sarà sempre di 90 milioni, mentre quella dell'individuo A sarà scesa a 80 milioni. Se si ipotizza però che lo stato permetta all'individuo A di detrarre le spese mediche sostenute, egli si troverà di nuovo nella condizione di poter disporre di 90 milioni (100-10 di spese mediche), rinunciando lo stato di fatto ai 10 milioni di tasse. Indubbiamente questo secondo sistema fiscale risulta più equo rispetto al primo.

Altri autori segnalano poi come l'obiettivo prioritario dell'intervento pubblico debba essere quello di garantire e di salvaguardare alcuni specifici bisogni basilari come la salute, la nutrizione e l'educazione, detti funzionamenti (*functionings*), la cui soddisfazione diviene un vero e proprio vincolo imprescindibile per la collettività<sup>30</sup> (Sen, 1985).

### 2.2.3 Sanità come Bene Meritorio

Il riconoscimento della tutela della salute quale obiettivo prioritario per una collettività è alla base del concetto di bene di merito o meritorio, cioè di un bene che va consumato indipendentemente dalla volontà del singolo soggetto di consumarlo pagandone il prezzo, in quanto si ritiene elevato il vantaggio per il singolo, e di riflesso anche per la collettività, derivante dal consumo del bene stesso <sup>31</sup> (Vedere su

---

<sup>30</sup> Questo principio trova, ad esempio, un riconoscimento concreto nell'articolo 32 della Costituzione della Repubblica Italiana.

<sup>31</sup> Esempi tipici di beni meritori sono il casco per i motociclisti e le cinture di sicurezza per gli automobilisti. In questi casi la motivazione che spinge lo stato a richiedere il "consumo" di tali beni viene fatta risalire alla necessità per la collettività di preservare i propri membri che, per ignoranza o per "leggerezza", non badano alla propria incolumità. Va sottolineato peraltro come la nozione di bene meritorio si sovrapponga in buona parte a quella di bene pubblico. Infatti, una campagna di vaccinazione può essere considerata un bene pubblico quando la prospettiva sia l'intera società, un bene meritorio quando l'ottica si restringa al singolo cittadino. Ragionamento analogo vale per il "consumo" del casco e delle cinture di sicurezza: essi sono anche beni pubblici a motivo delle esternalità derivanti dal loro consumo il quale, riducendo il rischio di lesioni spinali e cerebrali in caso di incidente, permette alla società di non sopportarne i costi indotti (ad esempio la cura degli incidentati e la perdita di forza lavorativa).

Clerico, 1984 Musgrave, 1959). Questa logica di intervento diretto dello stato in qualità di “tutore forzoso” viene anche denominata paternalismo e si fonda sull’assunzione secondo cui, in certe circostanze, lo stato conosca meglio del cittadino le reali esigenze del cittadino stesso<sup>32</sup> .

La salute rappresenta, in definitiva, uno dei bisogni la cui soddisfazione non può dipendere esclusivamente dal livello del reddito, nè essere lasciata alla libera iniziativa dei singoli. In tal senso la condizione di bene meritorio può essere considerata una conseguenza dell’insieme dei punti trattati fino ad ora, essendo ascrivibile a vari fattori, primi fra tutti la scarsa informazione del consumatore (lo stato conosce meglio del cittadino come le risorse vanno allocate) e la nozione di diritto imprescindibile (lo stato si prende cura anche del cittadino che non cura se stesso) .

### **3 Modalita' di finanziamento e di erogazione dei servizi sanitari**

---

<sup>32</sup> Si noti come la logica “di specie” si coniughi bene con un approccio di questo tipo: il ritenere che il cittadino non possa conoscere certe sue esigenze porta la collettività a mettere a disposizione proprio i beni/servizi atti a soddisfare quelle specifiche esigenze. Si ipotizza, infatti, che la logica di genere (cioè il sussidio in denaro) ottenga risultati distorti in quanto il denaro, essendo affidato ad individui che si ritiene male informati riguardo a tali esigenze, potrebbe essere utilizzato per soddisfare bisogni di tipo diverso. Ad esempio, erogare un farmaco ad una persona affetta da cirrosi epatica è diverso da erogare il denaro necessario ad acquistare il farmaco stesso. Nel secondo caso infatti il denaro potrebbe (soprattutto da parte di un alcolista) essere utilizzato per acquistare un liquore: esattamente per un fine opposto rispetto a quello per cui esso viene erogato!

In questo paragrafo saranno analizzati i punti di forza e di debolezza delle realizzazioni concrete nella gestione della sanità, alla luce dei presupposti teorici presentati nel paragrafo precedente.

Occorre immediatamente chiarire come difficilmente esista un sistema di finanziamento o di erogazione completamente pubblico o privato: le soluzioni adottate nella realtà sono sempre miste. Anche nei Paesi in cui generalmente si ritiene che il sistema sia privato al grado più elevato, esistono sempre dei servizi e/o delle categorie di cittadini che fruiscono di prestazioni erogate e finanziate pubblicamente; simmetricamente, anche nei Paesi in cui esiste un sistema a finanziamento ed erogazione direttamente pubblici (ad esempio Italia e Regno Unito) è comunque sempre presente una quota di intervento privato.

Durante l'analisi verranno approfonditi gli aspetti relativi al finanziamento separatamente da quelli relativi all'erogazione dei servizi. Si inizierà con le problematiche relative al finanziamento privato delle spese sanitarie, considerando in particolare il caso delle assicurazioni; successivamente verrà analizzata la situazione in cui il finanziamento è ancora formalmente privato, ma gli individui vengono obbligati ad assicurarsi e gli assicuratori regolamentati. Verrà quindi analizzato il caso in cui il finanziamento è direttamente pubblico.

Sotto il profilo dell'erogazione dei servizi sanitari, la trattazione inizierà con l'analisi del sistema ad erogazione pubblica, in quanto questo caso spesso si accompagna nella realtà alla situazione (appena trattata) di finanziamento pubblico. Il paragrafo si concluderà con l'analisi dell'offerta privata di servizi sanitari, condotta scomponendo la realtà in due casi estremi: nel primo caso si ipotizzerà la contemporanea presenza di un intervento diretto dello stato come erogatore; nel secondo, invece, verrà supposto che l'offerta sia esclusivamente lasciata all'iniziativa privata. Di fatto, sarà analizzata soprattutto la prima delle due situazioni, in quanto essa è più interessante dal punto di

vista della teoria e si adatta perfettamente tanto al caso italiano quanto a quello inglese. Nel secondo caso lo studio delle condizioni dell'offerta non è dissimile dall'analisi di qualunque altro mercato del genere: qualità e prezzo sono le tipiche variabili critiche di successo per il produttore (vedi sopra).

### **3.1 Finanziamento**

Prima di passare all'analisi vera e propria occorre fare una premessa di carattere terminologico. La trattazione è suddivisa in tre parti: finanziamento privato, privato regolamentato e pubblico. A stretto rigor di logica, nessuno dei due primi tipi è realmente privato, in quanto quasi sempre lo stato concede almeno la facoltà agli individui, come singoli o radunati in gruppo, di dedurre o detrarre le spese sanitarie dirette e/o indirette. Questo sussidio può essere classificato come una sorta di finanziamento, termine al quale andrebbe così aggiunto anche l'aggettivo pubblico. Tuttavia, per semplicità espositiva e perchè in questi casi i soggetti privati giocano comunque un ruolo fondamentale, si è deciso di definire semplicemente privati questi due tipi di finanziamento.

#### 3.1.1 Finanziamento Privato

Viste le peculiarità del settore assicurativo, l'economia ha elaborato modelli e schemi teorici appositi: si tratta essenzialmente del modello di agenzia, il quale dà luogo agli schemi di selezione avversa e di azzardo morale (vedi 2.1.1) (Rotschild e Stiglitz, 1976)<sup>33</sup>.

---

<sup>33</sup> Il caso delle spese sanitarie effettuate direttamente (cioè di tasca propria) non viene espressamente analizzato, in quanto esso è normalmente comune a tutti i tipi di sistemi (come appena specificato) ed è stato già trattato come *tax expenditure* (vedi 1.2.2.2). Per approfondimenti al riguardo si rimanda comunque a Dirindin, 1988.

La selezione avversa opera nel senso di rendere l'assicurazione malattia vantaggiosa solo per i soggetti a rischio più elevato: a parità di avversione al rischio, solo questi ultimi si assicurano<sup>34</sup>. L'assicurazione deve così sostenere spese maggiori rispetto al caso in cui anche i soggetti a rischio minore si assicurano, con il risultato finale di far lievitare i premi (Feldstein, 1988). Nella stessa direzione si muove anche la soglia di rischio a cui è vantaggioso assicurarsi: essa tende a salire, generando così una spirale sinistri-premi, il cui risultato teorico finale è quello di far assicurare solo gli individui che hanno la certezza della malattia ad un premio uguale ai costi della malattia stessa. Esistono alcuni strumenti finalizzati a bloccare la spirale "perversa" sinistri-premi. Fino ad ora si è supposto che esista una sola polizza assicurativa: l'equilibrio così generato si definisce di *pooling*<sup>35</sup>. Esso tuttavia può non esistere (nel senso che nessuno si assicura più) oppure, come è appena stato mostrato, può non essere desiderabile (nel senso che ciascuno paga solo secondo il proprio rischio) (Balassone, 1994).

Il caso in cui un soggetto paga premi proporzionali al proprio livello di rischio può concretamente verificarsi quando le compagnie di assicurazione attivano campagne di

---

<sup>34</sup> Assicurarsi significa infatti trasformare una spesa incerta in una spesa certa, cioè trasformare la propria probabilità di malattia e le spese sanitarie conseguenti (variabili incerte) in un ammontare certo quale il premio assicurativo. E' chiaro che l'avversione al rischio di un individuo tenderà ad essere una variabile critica nella sua scelta di assicurarsi.

<sup>35</sup> Si tratta del caso in cui gli assicurati vengono raggruppati indistintamente in un'unica classe, indipendentemente dalle caratteristiche personali e dal grado individuale di rischio.

*screening*<sup>36</sup>, attraverso cui le assicurazioni possono individuare i soggetti con i quali risulta più conveniente stipulare contratti di assicurazione. Da un punto di vista sociale, questo metodo ha però il connotato negativo di selezionare fra gli assicurandi i soggetti per i quali la probabilità di verificarsi del danno è minore, vale a dire proprio quelli che hanno meno bisogno di essere tutelati dalle conseguenze dall'accadimento stesso. L'equilibrio raggiunto da questo processo è detto di *separating*<sup>37</sup>, in quanto gli assicurati sono classificati in base al rischio ed il livello del premio dipende da questa suddivisione.

Un secondo ordine di problemi connesso con questi programmi è quello dei costi. Condurre una campagna di *screening* significa impiegare risorse fisiche finanziarie per raccogliere informazioni, al fine di superare l'asimmetria dell'informazione stessa; tuttavia, l'impiego di tali risorse comporta certamente un costo, il quale va poi a gravare sul premio, cioè sul prezzo che il soggetto paga per coprirsi dal rischio. Il risultato ultimo potrebbe essere quello, indesiderabile per la collettività, di coprire solo i soggetti migliori (selezionati attraverso lo *screening*) allo stesso prezzo a cui si sarebbero potuti assicurare anche i peggiori .

---

<sup>36</sup> Con il termine *screening* s'intende una serie di visite mediche obbligatorie, o un *check-up* completo, o la compilazione di questionari anamnestici, tutti strumenti mirati ad accertare le effettive condizioni di salute dell'assicurando. Nella teoria economica sono stati individuati due sistemi principali per superare questi problemi di asimmetria informativa: il primo consiste appunto nello *screening*, cioè nel caso in cui il principale costruisce uno strumento *ad hoc* per ottenere l'informazione sconosciuta; il secondo, detto *signalling*, consiste nel far sì che sia l'agente stesso a dichiararsi (il *cream-skimming* successivamente descritto può essere considerato un esempio di tale meccanismo).

<sup>37</sup> Questo equilibrio viene naturalmente contrapposto all'equilibrio di *pooling* precedentemente descritto, in quanto gli assicurati vengono separati in classi distinte in funzione del rischio e ricevono quindi trattamenti finanziari differenti.

### 3.1.2 Finanziamento Privato Regolamentato

Una via alternativa per risolvere il problema della selezione avversa consiste nel rendere l'assicurazione obbligatoria e uguale per tutti. Se l'assicurazione è obbligatoria ed il premio non è correlato al rischio relativo del soggetto, il comportamento razionale non risulta più necessariamente quello di attrarre i soggetti "più sani"; allora il prezzo della polizza può essere legato ad una logica di tipo attuariale. Statisticamente il rischio dovrebbe tendere a distribuirsi in modo regolare: nota la "storia passata", le stime sulla distribuzione futura del rischio tendono ad essere significative. Il premio può essere così fissato in funzione del rischio medio della popolazione intera, evitando le distorsioni viste in precedenza, in quanto i soggetti a rischio minore compensano quelli a rischio più elevato. Questo approccio tende ovviamente ad avvicinarsi a quello di tipo pubblico (vedi 3.1.3) piuttosto che ad un modello di assicurazione (per definizione caratterizzato da libertà di adesione).

Un limite connesso con questa logica di adesione obbligatoria e, quasi dovunque, regolamentata consiste nel persistere comunque della possibilità di "scremare" i rischi migliori (Newhouse, 1984, Van de Ven e Van Vliet, 1990). Questo processo, detto appunto cream-skimming, costringe gli individui a rischio più elevato ad autoselezionarsi attraverso l'autodichiarazione. Questo avviene perchè l'assicurazione offre polizze meno attraenti (in termini di servizi resi e qualità degli stessi) per i soggetti a rischio elevato, spingendo così gli individui a rischio ad autodichiararsi come tali attraverso la disincentivazione a sottoscrivere la polizza in questione<sup>38</sup>.

---

<sup>38</sup> Se, ad esempio, un assicuratore vuole evitare di assicurare i soggetti cardiopatici, la polizza prevederà sicuramente pochi servizi rivolti a questo tipo di pazienti. Nel caso tale esclusione non sia possibile per espliciti vincoli legislativi, allora i servizi erogati saranno di pessima qualità, oppure il rimborso delle spese relative avverrà sistematicamente in ritardo. Questi meccanismi inducono il

Il *cream-skimming* si verifica quando l'assicurazione non può (per la presenza di espliciti vincoli legislativi) attuare la selezione di prezzo e/o il rifiuto di assicurare il soggetto. Si noti ancora una volta come ne risentano maggiormente i soggetti che necessitano maggior tutela (gli anziani in particolare e, in generale, tutti gli individui a rischio); concretamente si tratta del caso in cui vige un regime di assicurazione-malattia obbligatoria, pur essendo il cittadino libero di scegliere la compagnia che preferisce<sup>39</sup>.

La situazione conseguente, per quanto sia razionale per il singolo assicuratore e ne massimizzi i profitti, non soddisfa completamente il principio di equità, cioè proprio quello che spinge lo stato a finanziare la sanità<sup>40</sup>.

---

cardiopatico a cercare un altro assicuratore; così facendo, egli si segnala come cardiopatico e nel contempo si seleziona come soggetto a rischio presso l'assicuratore che ha adottato tale tecnica.

<sup>39</sup> Nel nostro Paese, ad esempio, un simile regime vale per le assicurazioni di responsabilità civile sugli autoveicoli.

<sup>40</sup> Per ovviare ai problemi del *cream-skimming* la teoria economica ha elaborato soluzioni alternative che, attualmente allo studio in alcune nazioni. Si tratta di approcci che, basandosi su sistemi a *voucher*, tentano di correggere il problema di scrematura attraverso la suddivisione del buono sanitario in due parti distinte. Una quota viene affidata al cittadino e può essere spesa nell'acquisto di una polizza assicurativa. Una seconda quota, invece, viene trasferita direttamente dallo stato all'assicuratore scelto: la novità consiste nel fatto che questa seconda parte è direttamente correlata al "grado di rischio" del cittadino (tanto maggiore è il rischio malattia del soggetto, tanto più elevata è questa quota). In tal modo, per l'assicuratore può diventare indifferente coprire soggetti a diverso rischio ed il *cream-skimming* viene eliminato. Il vantaggio teorico di questo approccio consiste nel delegare a strutture private, soggette a concorrenza, la massimizzazione del benessere del cittadino, in quanto si ritiene che il privato sia in grado di soddisfare meglio ed in modo più efficiente le esigenze degli individui; da qui il nome di **concorrenza amministrata** (*managed competition*). Il punto debole di questo approccio è dato dagli ingenti costi amministrativi connessi alla gestione delle quote che lo stato deve trasferire alle

### 3.1.3 Finanziamento Pubblico

Il problema della selezione degli assicurati risulta cruciale nella decisione da parte dello stato di finanziare direttamente le spese per l'acquisto di beni/servizi sanitari.

Qualora la collettività decida di scegliere tale strada, essa può sfruttare i seguenti vantaggi :

- costringere tutti i cittadini a partecipare al patto di solidarietà/assicurazione<sup>41</sup> ;
- praticare politiche di contenimento dei costi attraverso l'utilizzo del potere di monopsonista (unico acquirente) sul mercato dei beni/servizi sanitari;
- finanziare il servizio anche attraverso la tassazione generale, garantendo un flusso di risorse più stabile nel tempo.

Innanzitutto, lo stato si trova in una posizione ovviamente privilegiata rispetto agli altri potenziali finanziatori: esso detiene la facoltà di obbligare i cittadini ad aderire alle proprie forme di copertura sanitaria che decide di organizzare. Nel caso lo stato decida di finanziare direttamente i servizi sanitari, non utilizzando altri organismi come descritto nel paragrafo precedente, esso è una "assicurazione" in grado di poter agire in base ad una logica attuariale corretta, calibrando la propria copertura sulle caratteristiche epidemiologiche della popolazione.

---

assicurazioni: la corretta gestione di tali quote, correlate al rischio relativo di ciascun soggetto, richiede infatti un'informazione sanitaria capillare e costantemente aggiornata di tutta la popolazione. Per approfondimenti si rimanda a Enthoven,1988 e Balassone, 1994.

<sup>41</sup> Formalmente tale possibilità esisteva anche nel caso precedente; assai spesso i sistemi di assicurazione con adesione obbligatoria coinvolgono la quasi totalità della popolazione, lasciando tuttavia escluse alcune categorie di cittadini (solitamente i più abbienti).

Lo stato ha, inoltre, la possibilità di finanziare la sanità attingendo risorse dalla tassazione generale sui redditi; tale possibilità contribuisce a rendere stabili le entrate e può, se sfruttata adeguatamente, permettere di programmare e pianificare su basi sicure la rete dei servizi erogati<sup>42</sup>.

Un ulteriore ordine di vantaggi che lo stato può sfruttare gestendo direttamente il finanziamento dei servizi sanitari è certamente quello derivante dalla propria posizione di monopsonista sul mercato dei servizi.

Le strade alternative che lo stato può percorrere sono essenzialmente due:

-decidere di erogare direttamente i servizi sanitari, istituendo perciò un vero e proprio servizio sanitario nazionale;

-delegare, in tutto o in parte, la produzione ad agenti privati, dai quali acquista i servizi stessi. In questo caso si parla solitamente di produzione regolamentata, essendo il prezzo dei servizi l'oggetto proprio di questo genere di regolamentazione<sup>43</sup>.

Se la produzione attraverso questa seconda strada avvenga in modo effettivamente più efficiente è materia di aspro dibattito teorico, essendo l'agente privato in grado di produrre più efficientemente, ma venendosi a trovare anche nelle condizioni di sfruttare il vantaggio informativo detenuto rispetto allo stato-principale (Vickers e Yarrow, 1988).

### **3.2 Erogazione dei servizi**

---

<sup>42</sup> Si tratta di un fattore stabilizzante perchè le entrate non dipendono dal pagamento delle prestazioni erogate in quell'anno, ma dal reddito, variabile che si può ipotizzare più rigida.

<sup>43</sup> Lo stato rinuncia ad esercitare direttamente il potere di monopsonio, ma si riserva di stabilire comunque i prezzi a cui acquista i beni/servizi sanitari.

### 3.2.1 Offerta Pubblica

Quando lo stato risulta l'effettivo finanziatore delle spese sanitarie, spesso assume anche l'onere di erogare direttamente i beni/servizi sanitari.

I principali vantaggi potenziali collegati ad un intervento diretto sono:

- controllare direttamente i livelli dei consumi e le spese conseguenti;
- praticare politiche di contenimento dei costi attraverso l'utilizzo del potere di monopsonista sul mercato dei principali fattori produttivi (in particolare lavoro e tecnologia).

Nel caso lo stato decida di erogare direttamente i beni/servizi sanitari, esso ha la possibilità di tenere costantemente sotto controllo le spese relative; in altri termini, lo stato non ha più il problema di contrastare il vantaggio informativo detenuto dall'agente analizzato in precedenza, essendo lo stato agente di se stesso.

Un altro ordine di vantaggi di cui lo stato può godere erogando direttamente i servizi sanitari è certamente quello derivante dalla propria posizione di monopsonista sul mercato dei fattori produttivi. Fra questi ultimi assai importante risulta il mercato del lavoro: lo stato può applicare un efficace controllo della spesa attraverso i contratti nazionali del proprio personale dipendente.

Un ultimo problema che lo stato può affrontare in modo più efficace gestendo direttamente i servizi sanitari è quello della loro accessibilità: viene spesso sottolineato, infatti, che il finanziamento non è di per se stesso sufficiente a garantire l'effettiva possibilità di fruire dei beni connessi alla salute (Mooney, 1994).

Nelle forme di finanziamento di *tax expenditure*, ad esempio, i benefici maggiori vanno ai soggetti che ne hanno meno bisogno, vale a dire i percettori di redditi elevati: essi infatti possono trarre maggior vantaggio dalla deduzione delle spese sanitarie (su quei redditi pagherebbero comunque aliquote generalmente alte). Opposta è la situazione dei percettori di bassi redditi: essi, al limite, possono non avere alcun

reddito da detrarre<sup>44</sup>. Anche nel caso di trasferimenti in denaro o in “buoni sanitari”, si può ipotizzare che il cittadino a basso reddito sia anche quello meno informato tanto dei propri reali diritti quanto del modo migliore per farli valere (Dirindin, 1988); senza un’ autorità in grado di tutelarne i diritti, è possibile che il “buono sanitario” non venga utilizzato in modo ottimale.

Nel caso, invece, di erogazione diretta da parte dello stato, la tutela è garantita dal medico stesso, il quale è non solo agente del paziente, ma anche dello stato; in altri termini, per le fasce più deboli ed indifese della società costituisce un vantaggio sapere che in caso di bisogno è possibile rivolgersi gratuitamente ad un medico, piuttosto che doversi preoccupare di cercare la miglior assicurazione possibile. In questa situazione (disponibilità di servizi medici gratuiti), infatti, le informazioni necessarie per l’ utilizzo ottimale dei servizi sono minori rispetto a quelle necessarie nel caso di sottoscrizione preventiva di un’ assicurazione<sup>45</sup>.

All’ inizio del documento si è abbondantemente trattato dei fallimenti del mercato; in questa sede è importante ricordare che esiste anche un fenomeno del tutto simmetrico, denominato fallimento dello stato, riconducibile, in ultima analisi, a problemi di carattere informativo. Tali problemi nascono dal rapporto particolare che si instaura fra stato e cittadini: si tratta di una duplice relazione, in cui gli uni eleggono e l’ altro

---

<sup>44</sup> Il ragionamento ipotizza naturalmente la presenza di un sistema fiscale di carattere progressivo, ovvero basato sul principio che il soggetto che guadagna di più deve anche contribuire in misura maggiore, non solo in valore assoluto, ma anche come quota del proprio reddito.

<sup>45</sup> Per un approfondimento dei temi concernenti l’ equità in questo settore si rimanda a Sen, 1985.

viene eletto ed in cui l'uno "regola" e gli altri sono "regolati"<sup>46</sup>. In altri termini, viene ad essere sottolineata la componente strettamente politico-elettorale del processo decisionale: essa può provocare comportamenti che nulla hanno a che fare con l'efficienza allocativa né con quella produttiva, ma che interessano il "mercato elettorale" attraverso le componenti della spesa e dell'occupazione<sup>47</sup>.

Un altro ordine di problemi consiste nel fatto che le strutture pubbliche di erogazione dei servizi sono gestite dall'apparato amministrativo dello stato, i cui dirigenti detengono rispetto agli organi politici un vantaggio di informazione riguardo ai modi ed ai costi di produzione dei servizi, vantaggio che può essere utilizzato per fini (opportunistici) propri. Questa è la riprova, del resto, che la maggior parte dei problemi di gestione della sanità, attraverso sia il privato sia il pubblico, derivano dai numerosi ostacoli che si frappongono ad un corretto flusso di informazioni.

### 3.2.2 Offerta privata

In questa sede viene analizzato il comportamento degli operatori privati quando ricoprono un ruolo di natura essenzialmente complementare rispetto al settore pubblico, cioè quando il privato si inserisce laddove esista un bisogno non completamente soddisfatto dal pubblico.

Si può trattare di un tipo di bene/servizio di cui lo stato si fa carico solo indirettamente o di un trattamento di cui non si fa carico affatto. Nel primo caso il privato agisce come agente dello stato nell'erogazione di quel servizio che comunque il pubblico

---

<sup>46</sup> Più propriamente, questo rapporto si instaura fra il cittadino e quella parte dello stato che concretamente prende le decisioni, vale a dire le autorità strettamente politiche che governano i livelli centrale e locale.

<sup>47</sup> Il fenomeno definito "voto di scambio" costituisce un chiaro esempio di tali comportamenti.

manifesta di voler offrire ai cittadini. La produzione regolamentata altro non è se non una sorta di soluzione di compromesso fra i due modelli di produzione puri: lo stato si limita alla funzione di “principale-tutore”, lasciando la funzione di “agente-produttore” ad un privato, secondo uno schema (il modello di agenzia) già trattato in precedenza. Le motivazioni che spingono lo stato a lasciarne la gestione ai privati, alle condizioni (in particolare il prezzo) da esso stesso fissate, possono essere molteplici.

In primo luogo si è supposto e talora dimostrato che i modelli di produzione regolamentata sono in grado di funzionare meglio di quelli di produzione diretta da parte dello stato (Vickers and Yarrow, 1988); in settori, come quello sanitario, in cui il libero mercato mostra di non funzionare, lo stato può produrre direttamente i servizi e i beni, oppure “nominare” propri agenti cui affidare la produzione sotto determinati vincoli. Questo avviene quando si reputi che lo stato, per motivi diversi fra i quali spiccano l’eccessiva burocratizzazione, la lentezza decisionale ed altre fonti di inefficienza, non sia in grado di produrre in modo più efficiente rispetto ad un privato. Il dibattito in materia è in verità molto acceso. Infatti è anche dimostrato che il privato è poi in grado di sfruttare a proprio vantaggio la maggiore informazione detenuta rispetto allo stato-principale, ottenendo rendite di posizione<sup>48</sup>. Un ulteriore ordine di problemi consiste nel fatto che i produttori privati, quando non vincolati altrimenti, tendono a concentrarsi solamente sulla produzione dei beni/servizi più remunerativi<sup>49</sup>.

---

<sup>48</sup> Solo il produttore conosce effettivamente la struttura dei propri costi: il prezzo contrattato con lo stato può perciò comprendere dei sovrapprofitti (Baron e Myerson, 1982 e Laffont e Tirole, 1986).

<sup>49</sup> Questa situazione è simile al fenomeno del *cream-skimming* descritto precedentemente; la differenza consiste nel fatto che in quel caso vengono discriminati i pazienti (domanda), mentre in questo vengono selezionati servizi (offerta). Ad esempio, un privato, se non viene obbligato, difficilmente gestirà un servizio di pronto soccorso, essendo quest’ultimo poco remunerativo.

Nel caso invece lo stato non intenda farsi proprio carico dell'intervento, l'operatore privato agisce in un mercato concorrenziale: prezzo e qualità del prodotto (sempre all'interno degli standard imposti) rappresentano le variabili chiave di sopravvivenza nel mercato stesso. Va sottolineato come non si tratti solo di tipi di beni/servizi non previsti fra le competenze del servizio pubblico (ad esempio alcuni tipi di cure dentarie), ma anche di trattamenti che, pur venendo erogati direttamente anche dallo stato, lo sono con modalità tali da renderli sostanzialmente diversi e non sostituibili. Un esempio chiarirà la questione. Si supponga che un individuo debba sottoporsi ad un intervento di chirurgia elettiva<sup>50</sup>; per questo tipo di interventi vige normalmente un regime di prenotazione del trattamento, con conseguente lista d'attesa. Si supponga anche che lo stesso intervento sia erogabile anche privatamente dallo stesso medico operante nella struttura pubblica; si tratta, sotto il profilo medico, dello stesso tipo di intervento, ma, sotto il profilo economico, i due beni/servizi possono essere profondamente diversi. Dover attendere un anno per ottenere un intervento in una struttura pubblica, oppure tre giorni in una struttura privata, non significa, infatti, parlare dello stesso intervento: le variabili luogo<sup>51</sup> e tempo giocano un ruolo decisivo nei processi di identificazione di un bene/servizio e, quindi, nella formazione del suo prezzo<sup>52</sup>.

---

<sup>50</sup> Con il termine chirurgia elettiva vengono definiti gli interventi non urgenti, cioè quelli cui si può rinunciare senza correre, per questo, un imminente pericolo di vita.

<sup>51</sup> Si pensi alle differenti condizioni alberghiere del luogo di ricovero.

<sup>52</sup> Un esempio spesso usato in economia in questi casi è quello del bicchiere d'acqua. Il prezzo di un bicchiere d'acqua, ad esempio, aumenta enormemente se a domandarlo è una persona dispersa in un deserto, rispetto ad un individuo che entra in un bar di una grande città. Inoltre, anche lo stesso bicchiere d'acqua venduto alla stessa persona dispersa nel deserto aumenta di prezzo se l'erogatore è in

A questo proposito sono stati elaborati modelli interpretativi per spiegare la presenza di liste d'attesa in situazione di sottoutilizzo delle strutture pubbliche (Iversen, 1986)<sup>53</sup>; dal punto di vista teorico, infatti, risulta inconcepibile l'esistenza di tempi di attesa in presenza di capacità produttiva in eccesso. In questo caso si può dimostrare come la presenza e la consistenza delle code in strutture pubbliche varino in funzione dell'esistenza di operatori in grado di effettuare lo stesso intervento in strutture private; la consistenza delle liste dipende anche dalla possibilità concessa al medico di operare in strutture private. Nel caso non esista un concorrente privato all'erogatore pubblico, il gestore reale del bilancio tenderà, secondo una ben nota teoria della burocrazia<sup>54</sup>(Niskanen, 1971 e 1976, Stiglitz, 1989)<sup>55</sup> , a massimizzare il proprio

---

grado di fornirlo immediatamente e non il giorno dopo. Lo stesso bene (bicchiere d'acqua) è economicamente tanto diverso in funzione del tempo (subito/il giorno dopo) e del luogo (città/deserto) di erogazione al punto di avere tre prezzi molto differenti fra di loro.

<sup>53</sup> La presenza di liste d'attesa per interventi di chirurgia elettiva non è di per se stesso un fenomeno del tutto negativo: purchè di breve durata, consente infatti di ottimizzare l'uso delle risorse attraverso la programmazione degli interventi non urgenti nei periodi in cui le urgenze sono minori, permettendo così di utilizzare sempre al massimo la capacità dei reparti.

<sup>54</sup> Riassumendo brevemente questa teoria, il primo problema è che il burocrate, dovendo giustificare la propria esistenza, tende a moltiplicare i propri compiti. Poichè, inoltre, il burocrate non viene solitamente remunerato in base alla propria produttività, egli tenderà a massimizzare il proprio budget (fabbisogno finanziario), in modo da ottenere due obiettivi: conseguire un potere maggiore e, quindi, moltiplicare effettivamente i propri compiti ed i propri collaboratori, innescando così un circolo vizioso. A questo punto il metodo per ottenere l'aumento del proprio budget può essere quello di "vendere" parte del proprio potere (ad esempio posti di lavoro) al soggetto o ai soggetti incaricati di stabilire il budget stesso, cioè ai politici, attraverso i cosiddetti **comportamenti opportunistici**

<sup>55</sup> Per ulteriori approfondimenti si rimanda a Mansfield, 1980, Hannaway, 1988.

budget attraverso la massimizzazione del numero di interventi; tale comportamento, al di fuori del caso di sottodimensionamento strutturale, tenderà ad esaurire le code. Nel caso, invece, di erogazione dell'intervento in questione anche in strutture private, le code tenderanno a formarsi comunque e la loro consistenza dipenderà anche dalla possibilità concessa al medico-decisore di operare nelle strutture private stesse. Se infatti al medico viene lasciata questa facoltà, egli allungherà probabilmente i tempi di attesa dei soggetti che richiedono interventi non urgenti, in quanto questo comportamento permetterà di deviare i pazienti disposti a pagare verso la struttura privata. Da un punto di vista sociale tale fenomeno non sarebbe di per se stesso negativo, favorendo l'esaurimento delle code nelle strutture pubbliche attraverso lo smistamento dei pazienti ricchi in quelle private; peraltro, è difficile ipotizzare che i medici si limitino a deviare esclusivamente i soggetti ricchi, rinunciando ad applicare tale comportamento alla maggioranza degli utenti. Nel caso, poi, al medico venga imposto di operare unicamente nella struttura privata o in quella pubblica, il meccanismo della deviazione può ancora funzionare per le migliori caratteristiche (ad esempio alberghiere) del servizio privato, oppure nel caso di collusione dell'operatore pubblico col privato<sup>56</sup>.

#### **4 Conclusioni**

In conclusione si può affermare che esiste un *trade-off* fra efficienza economica ed equità allocativa: il privato tende a produrre probabilmente al minimo costo, concentrandosi però sui beni/servizi più profittevoli e quindi generando

---

<sup>56</sup> Ovviamente il percepimento di somme di denaro da parte di operatori pubblici per incentivare la scelta delle strutture private trascende gli aspetti economici e rientra nel campo giudiziario.

un'allocazione iniqua delle risorse; il pubblico, al contrario, tende a perseguire gli obiettivi di equità nella distribuzione delle risorse, comportandosi però in modo di economicamente inefficiente e perciò costoso.

## **Bibliografia**

Akerlof G A (1970). "The Market for Lemons: Quality Uncertainty and the Market Mechanism". Quarterly Journal of Economics. Vol 84: 488-500.

Arrow K J (1963). "Uncertainty and the Welfare of Medical Care". American Economic Review. Vol. 53, N°5: 941-973.

Arrow K J (1986). "Agency and the market". In Arrow K J and Intriligator M D (a cura di) Handbook of Mathematical Economics, vol III. Amsterdam, Elsevier.

Atkinson A B, Stiglitz J E (1980). Lectures on Public Economics. New York, McGraw-Hill.

Balassone F (1994). "Finanziamento e produzione di servizi pubblici: il sistema dei «quasi-mercati»". Economia Pubblica. N° 6: 259-272.

Baron D P, Myerson R B (1982). "Regulating a Monopolist with Unknown Costs". Econometrica. Vol 50, N°4: 911-930.

Baumol W J (1974). Strategia delle imprese e sviluppo economico. Milano, Etas Libri.

Baumol W J (1982). "Contestable Markets: An Uprising in the Theory of Industry Structure". American Economic Review. Vol. 72, N°3: 1-15.

Berki S E (1972). Hospital Economics. Lexington, Lexington Books.

Clerico G (1984). Economia della salute: un'analisi introduttiva. Milano, Franco Angeli Editore.

Domenighetti G, Casabianca A, Luraschi P, Gutzwiller f, Martinoli S, Spinelli A (1989). Frequences des Procedures Operatoires dans la Population du Canton du Tessin. Bellinzona, Dipartimento delle Opere Sociali-Sezione Sanitaria.

Enthoven A (1988). Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance. Amsterdam, North-Holland.

Fattore G (1993). Mecosan

Garattini L (1992). Il Servizio Sanitario Nazionale: Organizzazione, Servizi, Finanziamento. Milano, Kailash Editore.

Garattini L (1993) (a cura di). Il Servizio Sanitario Inglese: Organizzazione, Servizi, Finanziamento. Milano, Kailash Editore.

Hannaway J (1988). Managed Managers: Signals and Signalling in Administrative Systems. New York, Oxford University Press.

Koutsoyiannis A (1981). Microeconomia. Milano, Etas Libri.

Iversen T (1986). “An interaction model of public and private health services: surgical waiting lists”. In Culier A J, Jonsson B (a cura di). Public & Private Health Services. Oxford, Basil Blackwell.

Laffont J J, Tirole J (1986). “Using Cost Observation to Regulate Firms”. Journal of Political Economy. Vol 94, N° 3: 614-641.

Mansfield E (1980). Managerial Economics and Operational Research. New York, W W Norton.

Marquis M S (1992). “Adverse selection with a multiple choice among health insurance plans: a simulation analysis”. Journal of Health Economics. Vol 11: 129-151.

Mooney G (1994). Key Issues in Health Economics. Londonh Harvester & Wheatsheaf.+ (dibattito 1992)

Muurinen J M (1986). “Modelling non-profit firms in medicine”. In Culier A J, Jonsson B (a cura di). Public & Private Health Services. Oxford, Basil Blackwell.

Musgrave R A, Musgrave P B (1976). Public Finance in Theory and in Practice. New York, McGraw Hill.

Newhouse J P (1970). "Toward a Theory of Non-Profit Institutions: an Economic Model of a Hospital". American Economic Review. Vol 60, N°1.

Newhouse J P (1984). "Cream Skimming, Asymmetric Information and a Competitive Insurance Market". Journal of Health Economics. Vol.3: 97-100.

Niskanen W A (1971). Bureaucracy and Representative Government. Chicago, Aldine-Adherton.

Niskanen W A (1976). "Bureaucrats and Politicians". Journal of Law & Economics. 617-643.

Okun A (1975). Equality and Efficiency: The Big Trade Off. Washington, Brookings Institution.

Olson M (1983). La logica dell'azione collettiva, i beni pubblici e la teoria dei gruppi. Milano, Feltrinelli.

Pauly M V (1986). "Taxation, Health Insurance and the Market Failure in the Medical Economy". Journal of Economic Literature. Vol. 24: 629-675.

Petretto A (1986). Manuale di Economia Pubblica. Bologna, Il Mulino Editore.

Samuelson P A (1947). Foundations of Economic Analysis. Harvard, Harvard University Press.

Sen A (1985a). "The Standard of Living: Lecture I, Concepts and Critiques". In Hawthorn G (edited by). The Standard of Living. Cambridge, Cambridge University Press.

Sen A (1985b). "The Standard of Living: Lecture II, Lives and Capabilities". In Hawthorn G (edited by). The Standard of Living. Cambridge, Cambridge University Press.

Salop S (1976). "Information and Monopolistic Competition". American Economic Review. Vol. 66, N°5: 240-245.

Stiglitz J E (1989). Economia del settore pubblico. Milano, Ulrico Hoepli Editore.

Tobin J (1970). "On Limiting the Domain of Inequality". The Journal of Law & Economics. Vol. 13: 263-277.

Van de Ven W P M M, Van Vliet R C J A (1990). "How can we prevent Cream-skimming in a Competitive Health Insurance Market?". Zurich, Second World Congress on Health Economics.

Vickers J, Yarrow G (1988). Privatization: an economic analysis. Cambridge Mass., The MIT Press.