

politiche
sociali
studi e ricerche

Analisi e strumenti di politica sociale

a cura di
Dino Rizzi, Francesca Zantomio



Edizioni
Ca' Foscari

politiche
sociali
studi e ricerche

Politiche sociali: studi e ricerche

Collana scientifica del Centro di Ricerca sulle Politiche Sociali (CPS)
Dipartimento di Economia
Università Ca' Foscari Venezia

Direttore
STEFANO CAMPOSTRINI

Comitato Scientifico
LUIGI BENVENUTI
GIOVANNI BERTIN
SILVIO GIOVE
FABRIZIO PANOZZO
DINO RIZZI
GAETANO ZILIOGRANDI
ALEX ROBERTSON, Edinburgh University, Scotland
DAVID MCQUEEN, Emory University, Atlanta, USA

Volume 3. Analisi e strumenti di politica sociale

Autori
GIOVANNI BERTIN, Università Ca' Foscari Venezia
ELENKA BRENNNA, Università Cattolica del Sacro Cuore
AGAR BRUGIIVINI, Università Ca' Foscari Venezia
LUDOVICO CARRINO, Università Ca' Foscari Venezia
ENRICA CRODA, Università Ca' Foscari Venezia
CINZIA DI NOVI, Università Ca' Foscari Venezia
ANNA MARENZI, Università Ca' Foscari Venezia
DAVIDE MINNITI, Direzione Sanitaria OO.RR. di Rivoli, ASL TO3, Torino
ANDREA PASTORE, Università Ca' Foscari Venezia
NOEMI PACE, Università Ca' Foscari Venezia
VINCENZO REBBA, Università degli Studi di Padova
DINO RIZZI, Università Ca' Foscari Venezia
STEFANO FEDERICO TONELLATO, Università Ca' Foscari Venezia
MARIA GABRIELLA ZAMPIROLO, Azienda Ospedaliera-Universitaria
San Giovanni Battista, Torino
FRANCESCA ZANTOMIO, Università Ca' Foscari Venezia

Analisi e strumenti di politica sociale

a cura di
Dino Rizzi e Francesca Zantomio



Edizioni
Ca' Foscari

© 2013 Edizioni Ca' Foscari - Digital Publishing

Università Ca' Foscari Venezia
Dorsoduro 1686
30123 Venezia

edizionicafoscari.unive.it

ISBN 978-88-97735-46-5

7	Presentazione
9	Introduzione
15	Politiche sociali e sviluppo locale: il ruolo del capitale sociale GIOVANNI BERTIN
45	L'esclusione sociale in Italia: approcci alternativi per un'indagine regionale LUDOVICO CARRINO
107	Un'analisi del <i>welfare</i> regionale italiano mediante metodi di classificazione basati su modelli statistici ANDREA PASTORE, STEFANO FEDERICO TONELLATO
135	Crisi economica e riduzione del reddito: effetti sullo stato di salute ENRICA CRODA, NOEMI PACE
151	Riforme nel settore sanitario in Cina: rassegna degli effetti sulla domanda di cure sanitarie, spese <i>out-of-pocket</i> e risparmio familiare NOEMI PACE
176	Ticket o franchigia? Considerazioni per una riforma delle compartecipazioni alla spesa sanitaria VINCENZO REBBA, DINO RIZZI
211	Trattamento del tumore della prostata con tecnologie avanzate: la salute percepita dai pazienti CINZIA DI NOVI, DAVIDE MINNITI, MARIA GABRIELLA ZAMPIROLO

Ticket o franchigia? Considerazioni per una riforma delle compartecipazioni alla spesa sanitaria

Vincenzo Rebba, Dino Rizzi

1. Introduzione

L'aumento della domanda di prestazioni sanitarie è legata a elementi demografici e tecnologici, essenzialmente l'invecchiamento della popolazione e la dilatazione delle possibilità di intervento curativo e riabilitativo indotta dal progresso scientifico; ma è legata anche a elementi economici, quali l'aumento del reddito pro capite, che porta a dilatare più che proporzionalmente le cure per la propria persona, e la tendenza a saturare la domanda in assenza di meccanismi di razionamento. Una parte considerevole della spesa sanitaria è generata da prestazioni ben lontane dalla tradizionale visione della medicina che contemplava cure essenziali ed esclusive rispetto alle quali la domanda si presentava rigida al prezzo fino a che non incontrava un limite di reddito (limite che ovviamente va rimosso per elementari considerazioni di solidarietà). Da tempo si è enormemente allargato il comparto delle prestazioni con elasticità positiva rispetto al prezzo, associata spesso ad un'alta elasticità incrociata tra metodi terapeutici. Si pone quindi un rischio di dilatazione della domanda in mancanza di prezzo; e ciò si aggiunge al tradizionale connotato del mercato sanitario che è rappresentato dalla fortissima asimmetria informativa tra medico e paziente e dalla conseguente capacità dell'offerta di generare domanda (MURARO, REBBA 2001, p. 180).

I sistemi sanitari cercano di tenere sotto controllo i costi crescenti della sanità, legati ai due fattori anzidetti - eccessiva domanda formulata direttamente dai pazienti e induzione di domanda da parte delle strutture e degli operatori sanitari - attuando vari interventi sia dal lato della domanda sia dal lato dell'offerta, talora con effetti negativi in termini di equità nell'accesso. Dal lato della domanda, i controlli più frequentemente adottati prevedono compartecipazioni (*cost-sharing*) al costo delle prestazioni sanitarie, che creano spesso ostilità sociale per la loro regressività fiscale nonché per il loro possibile impatto negativo sulla

prevenzione e quindi per l'elevato rischio di aumento di costi ritardati (REBBA 2009). Nella maggioranza dei sistemi sanitari dei Paesi industrializzati, tuttavia, lo strumento della compartecipazione alla spesa appare consolidato anche se si riconosce comunque la necessità di applicarlo in modo oculato ed in combinazione con altri strumenti, volti soprattutto a prioritizzare la domanda e a responsabilizzare e incentivare i medici prescrittori, per evitare conseguenze inaccettabili in termini di efficienza allocativa e di equità. Peraltro, in mancanza di *cost-sharing*, il manifestarsi di un meccanismo di razionamento reale «implicito» rappresentato dai tempi di attesa si può configurare come una soluzione inferiore in termini di benessere: lunghi tempi di attesa possono infatti inibire il consumo anche in presenza di necessità effettiva e determinano un forte incentivo a spostarsi verso prestazioni private a pagamento, riducendo così l'equità nell'accesso ai servizi sanitari (MURARO 2003; REBBA 2009; REBBA, RIZZI 2011 e 2012a).

Alle compartecipazioni al costo dei beni e servizi sanitari viene affidato tipicamente un duplice ruolo: di governo della domanda e di finanziamento della spesa sanitaria. Solo il primo configura un utilizzo appropriato mentre utilizzare le compartecipazioni come strumento di finanziamento dell'assistenza sanitaria può essere fonte di iniquità distributiva anche in presenza di esenzioni per reddito e patologia, come dimostra la recente esperienza negativa del «superticket» (maggiorazione fissa di 10 euro sui ticket già esistenti sulle prestazioni specialistiche) adottato in Italia nel 2011 (CISLAGHI, SFERRAZZA 2013).

Considerando il primo ruolo, a partire dagli articoli pionieristici di ARROW (1963, 1968), PAULY (1968) e ZECKAUSER (1970), si è sviluppato un ricco filone di letteratura economica che mostra come l'introduzione di forme di compartecipazione alla spesa possa consentire di limitare i fenomeni di «azzardo morale» (*moral hazard*) che si determinano in presenza di ampia copertura assicurativa e che portano ad un sovraconsumo (al di sopra del livello appropriato) di beni e servizi sanitari. L'azzardo morale si determina in quanto – dopo l'attivazione della copertura dei rischi sanitari garantita dall'assicurazione privata o pubblica («terzo pagante») – l'assicurato può adottare comportamenti non conosciuti e non facilmente controllabili dall'assicuratore, il quale a sua volta in genere non dispone di informazioni precise sullo stato di salute dell'assicurato. In particolare, se l'assicurazione copre tutto, la persona assicurata, non pagando direttamente le prestazioni sanitarie, potrebbe aumentare la propria domanda (mediata dal medico) al di sopra del livello previsto dal terzo pagante sulla base di considerazioni di appropriatezza e di efficacia. I costi sociali associati all'espansione eccessiva dei consumi sanitari possono più che controbilanciare i benefici sociali determinati

dalla copertura dei rischi sanitari da parte dell'assicurazione. Si può quindi avere una perdita netta di benessere per la collettività degli assicurati (dei contribuenti nel caso di un sistema di assicurazione sociale o di un servizio sanitario nazionale).¹ Si osservi peraltro che se, invece, il terzo pagante (assicurazione privata ma anche assicurazione sociale o servizio sanitario nazionale) disponesse di perfetta informazione circa lo stato di salute e il comportamento dell'assistito, verrebbe meno l'azzardo morale in quanto l'assicurazione potrebbe limitarsi a finanziare il livello appropriato di cure per l'assistito e non si dovrebbe applicare alcuna compartecipazione. Questa però configura una situazione ideale (di *first best*) che ben difficilmente può realizzarsi nella realtà dal momento che l'informazione a disposizione dell'assicurazione è imperfetta e asimmetrica (rispetto all'assistito). Ne consegue che la situazione di azzardo morale è una conseguenza piuttosto diffusa della copertura assicurativa, che richiede opportuni correttivi.

Nel caso di terzo pagante pubblico (sistemi di assicurazione sociale e servizi sanitari nazionali), una possibile opzione per fronteggiare l'aumento della spesa originato dall'azzardo morale, analoga alla revisione verso l'alto dei premi tipica delle compagnie assicurative private, è data dall'aumento dei contributi obbligatori o delle imposte. Si tratta di un'opzione che non appare attualmente percorribile in buona parte dei Paesi industrializzati in ragione dei limiti posti all'aumento della pressione fiscale dalla globalizzazione e dall'opportunità di non appesantire ulteriormente il già elevato peso tributario gravante sui contribuenti in una fase di recessione. Un'opzione che peraltro conduce a una perdita di benessere per la collettività, trattandosi di finanziare spese per consumi sanitari al di sopra del livello appropriato. Appare quindi più efficiente, in termini allocativi, controllare l'azzardo morale utilizzando forme di compartecipazione che tendono a responsabilizzare i cittadini-utenti rendendoli in qualche misura consapevoli dei vincoli di scarsità delle risorse.

Le forme di compartecipazione alla spesa da parte degli utenti utilizzate nei diversi sistemi sanitari sono piuttosto variegate e assumono in genere le seguenti configurazioni: compartecipazione proporzionale (*coinsurance*), ovvero una quota percentuale del costo della prestazione a carico del paziente; compartecipazione fissa (*copayment* o *ticket*), cioè un ammontare fisso posto a carico del paziente e indipendente dal costo effettivo della prestazione sanitaria; «franchigia», cioè un ammontare per caso o per anno a carico del paziente prima che intervenga la

1. Per una analisi delle diverse tipologie di sistema sanitario e delle relative modalità di copertura del rischio di malattia, si veda MURARO, REBBA 2008.

copertura assicurativa; «massimale», un ammontare massimo a carico dell'assicurazione con spese in eccesso a carico del paziente.

Il presente contributo intende analizzare le caratteristiche distintive e gli effetti di un ticket e di una franchigia avendo come riferimento istituzionale il servizio sanitario nazionale (SSN), cioè considerando un'assicurazione sanitaria pubblica che copra «livelli essenziali di assistenza sanitaria» (LEA) finanziandoli con imposte generali. In particolare, vengono confrontati gli effetti dei due strumenti sia sul piano dell'efficienza allocativa (rispetto all'obiettivo di limitare i fenomeni di azzardo morale e di domanda inappropriata che possono caratterizzare le prestazioni sanitarie garantite dal SSN) sia sul piano dell'equità distributiva. Vengono inoltre discusse alcune proposte alternative che potrebbero essere applicate nel contesto del SSN, quali l'applicazione di ticket proporzionali al reddito e l'adozione di un massimale di spesa coperto dall'assicurazione pubblica, che potrebbero rivelarsi più efficaci per controllare il *moral hazard* limitando nel contempo gli effetti regressivi delle compartecipazioni.

2. Il ticket

La teoria economica mostra che, se le persone sono avverse al rischio di subire perdite monetarie determinate dall'acquisto di cure in caso di malattia, il loro benessere è massimo quando esse si assicurano completamente contro tale rischio pagando un prezzo pari al premio equo, dato dal prodotto tra il costo delle cure e la probabilità di malattia (BARIGOZZI 2006; LEVAGGI, CAPRI 2008; ARTONI 2010).² Il risultato Pareto-efficiente è però ottenibile dal mercato assicurativo solo in presenza di alcune condizioni: i) rischi individuali da assicurare perfettamente indipendenti; ii) probabilità (rischio) di malattia misurabile; iii) informazione simmetrica tra assicurazione e consumatori «prima» della stipulazione del contratto

2. Se l'assicurazione intendesse coprire i costi amministrativi necessari a gestire le polizze ed i reclami e puntasse eventualmente ad un profitto, allora il premio proposto ai clienti sarebbe maggiore del premio equo. In tal caso, la teoria economica mostra che il consumatore è disposto a pagare un premio anche superiore a quello equo purchè l'esborso complessivo non determini un reddito al netto del premio inferiore all'«equivalente certo» (valore monetario posseduto con certezza che porta allo stesso livello di benessere raggiungibile senza assicurazione). Qualora il mercato assicurativo fosse perfettamente concorrenziale, per cui i profitti delle diverse compagnie tendono a zero, i consumatori sarebbero indifferenti tra assicurarsi nel libero mercato ed assicurarsi presso un assicuratore pubblico senza scopo di lucro: in entrambi i casi il benessere dei consumatori è massimizzato, la copertura offerta è completa e il premio pagato è quello equo.

assicurativo (assenza di *adverse selection*); iv) informazione simmetrica tra assicurazione e consumatori «dopo» la stipulazione del contratto assicurativo (assenza di *moral hazard* da parte degli assicurati che non devono essere in grado di modificare né la probabilità di malattia né il costo delle cure).³ Qualora una di queste condizioni venisse a mancare, il mercato assicurativo non sarebbe più in grado di offrire a tutti gli individui una copertura completa al premio equo e sarebbe quindi inefficiente («fallimento del mercato»). Una copertura pubblica universale e obbligatoria potrebbe migliorare l'efficienza nell'allocazione delle risorse solo nei primi tre casi di fallimento del mercato, mentre il problema del *moral hazard* affligge sia l'assicurazione pubblica che quella privata: la copertura assicurativa riduce (fino ad azzerare in caso di assicurazione completa) il costo marginale del trattamento e il paziente acquista più cure mediche di quanto sarebbe socialmente desiderabile (BARIGOZZI 2006). Va precisato che l'asimmetria informativa che caratterizza la relazione tra assicurazione ed assicurato nel caso di azzardo morale *ex post* non riguarda la quantità di cure consumata dal paziente, che è osservabile. Ciò che, invece, non è osservabile (o troppo costoso da verificare) da parte dell'assicurazione è lo stato di salute del paziente, ovvero se questo è tale da giustificare le cure che vengono richieste.

Numerosi contributi teorici ed empirici nell'ambito dell'economia sanitaria (a partire da PAULY 1968) mostrano come l'introduzione di una compartecipazione a carico degli utenti (sotto forma di *coinsurance*, *co-payment* o franchigia) possa consentire di limitare i fenomeni di azzardo morale che si determinano in presenza di ampia copertura assicurativa (privata o pubblica) e che portano ad un sovraconsumo di alcuni beni e servizi sanitari oltre il livello ritenuto appropriato.⁴ I fenomeni di azzardo morale possono determinare perdite di benessere, anche molto rilevanti, per la collettività degli assicurati: i costi sociali associati all'espansione eccessiva dei consumi sanitari oltre livelli ritenuti appropriati possono, infatti, più che controbilanciare i benefici sociali determinati dalla

3. Nel presente contesto, ci limiteremo a considerare i fenomeni di *moral hazard ex post*, per cui i consumatori possono mettere in atto comportamenti (non controllabili dall'assicurazione) che influenzano l'ammontare della spesa sanitaria nel caso di malattia. Non consideriamo invece fenomeni di *moral hazard ex ante*, cioè la tendenza, da parte di chi gode di una copertura assicurativa, a non adottare uno stile di vita appropriato e non a mettere in atto tutte le azioni utili a prevenire le patologie cui può essere esposto, non essendo poi chiamato a pagare per le cure che si rendessero necessarie.

4. Sul problema del *moral hazard* e sui meccanismi correttivi di compartecipazione, oltre al lavoro di PAULY (1968), si possono citare i contributi di ZECKAUSER 1970, SHAVELL 1979 e le rassegne contenute in CUTLER, ZECKAUSER 2000 e ZWEIFEL, MANNING 2000.

copertura dei rischi sanitari da parte dell'assicurazione.⁵ Le compartecipazioni tenderebbero a responsabilizzare i «pazienti-consumatori» rendendoli in qualche misura consapevoli dei vincoli di scarsità delle risorse, riducendo per questa via i fenomeni di azzardo morale.

Nel caso del SSN italiano, la compartecipazione alla spesa sanitaria da parte degli utenti ha assunto tipicamente la configurazione del *copayment* (compartecipazione in quota fissa) ed è stata indicata con il termine «ticket», secondo l'accezione francese del cosiddetto *ticket modérateur*. Per semplicità espositiva, nel presente contesto, il termine ticket viene usato per contrassegnare indifferentemente un *copayment* oppure una *coinsurance*, senza distinguere quindi tra compartecipazione fissa o proporzionale rispetto al costo della prestazione sanitaria.

La fissazione di un ticket può consentire di limitare i fenomeni di eccesso di domanda. Ciò può essere chiarito con l'ausilio della Figura 1, che riporta sull'asse orizzontale la quantità di assistenza sanitaria erogata (intesa qui genericamente, anche se l'esempio potrebbe riguardare uno specifico farmaco o una particolare prestazione diagnostica o terapeutica) e sull'asse verticale il prezzo dell'assistenza sanitaria.

In assenza di copertura assicurativa, il paziente-consumatore dovrebbe pagare il prezzo pieno dell'assistenza P (ipotizzato pari al costo marginale) rivolgendosi al mercato. In tal caso, l'equilibrio sarebbe rappresentato dall'incrocio tra la retta del prezzo di mercato P e la retta di domanda individuale del paziente (avente una certa elasticità al prezzo), per cui la quantità di assistenza domandata si arresterebbe a Q_0 .

5. In particolare, analizzando il servizio sanitario nazionale (*National Health Service-NHS*) britannico a circa vent'anni dalla sua istituzione, James Buchanan ne rilevava una «incoerenza logica» (*inconsistency*): da un lato, i cittadini, agendo individualmente come «pazienti-consumatori», in assenza di prezzo (prevedendo il NHS la copertura gratuita universale dell'assistenza sanitaria), spingono la domanda (mediata dal medico) fino al punto di saturazione, in cui il beneficio marginale delle prestazioni sanitarie si annulla; dall'altro lato, gli stessi cittadini nella veste di contribuenti, agendo collettivamente attraverso i loro rappresentanti politici, tengono invece conto del costo dei beni e servizi sanitari. Secondo Buchanan, la conseguenza di tutto ciò è che in un SSN, essendo la domanda dominata dalle scelte private e l'offerta dalle scelte pubbliche, si tende a manifestare un costante eccesso di domanda che provoca effetti di congestione per alcuni servizi (aumento dei tempi di attesa) e determina squilibri finanziari per i sistemi sanitari pubblici. Da qui si determina la necessità di ricorrere a misure tendenti a governare la domanda nei limiti fissati per l'offerta (BUCHANAN 1965).

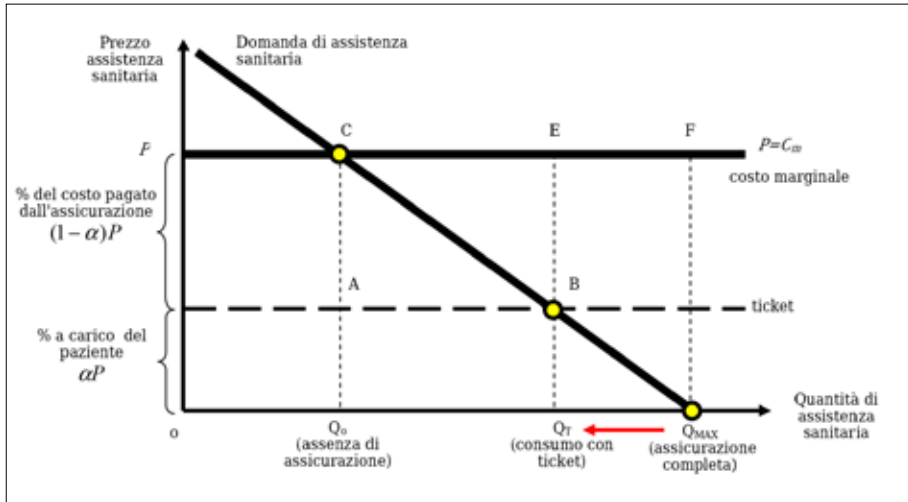


Figura 1. Riduzione dell’azzardo morale con applicazione di un ticket

In presenza di una copertura assicurativa completa garantita dal servizio sanitario nazionale, che assume il ruolo di «terzo pagante», il paziente non dovrebbe invece pagare alcun prezzo per le prestazioni sanitarie rientranti nei «livelli essenziali di assistenza» (LEA) e potrebbe spingere la sua domanda (via il medico che lo assiste) fino al punto in cui il beneficio marginale che ottiene dalle prestazioni ricevute si annulla, cioè fino al livello Q_{MAX} . In altri termini, con una copertura assicurativa completa la quantità consumata di servizi sanitari aumenterebbe da Q_0 a Q_{MAX} , determinando un «sovrac consumo» pari alla differenza $Q_{MAX}-Q_0$.⁶ Questa particolare situazione si verrebbe a determinare per tutti i beni e servizi sanitari rientranti nei LEA offerti gratuitamente dal SSN. Tale sovrac consumo genera una perdita di benessere pari all’area CFQ_{MAX} in

6. Prendendo spunto dall’analisi di PAULY (1968), anche quando il singolo individuo fosse consapevole del fatto che il suo sovrac consumo potrà determinare un aumento della spesa per il SSN, con la possibilità di un conseguente aumento della pressione fiscale, egli non modificerebbe comunque il suo comportamento dal momento che il beneficio individuale aggiuntivo che ottiene (in Figura 1 l’area del triangolo $CQ_{MAX}Q_0$) è ampio mentre il costo addizionale determinato dal suo comportamento (l’area del rettangolo $CFQ_{MAX}Q_0$) si ripartisce sull’intera collettività coperta dal SSN per cui ne sopporterà eventualmente solo una piccola frazione. Si tratta cioè di un tipico problema di *free riding*: l’eventuale rinuncia del paziente a consumare le quantità addizionali $Q_{MAX}-Q_0$ determinerebbe un beneficio impercettibile per il resto della collettività e d’altro canto egli non è sicuro che tutti gli altri lo seguirebbero nell’astenersi da un consumo eccessivo di servizi.

quanto il beneficio dell'assistenza sanitaria in eccesso (misurato dall'area $CQ_{MAX}Q_0$) è inferiore al costo addizionale (pari all'area $CFQ_{MAX}Q_0$). In generale, tale perdita di benessere sociale tende ad essere più consistente quanto più è elevata l'elasticità al prezzo della domanda individuale di assistenza sanitaria.

Nella letteratura economica si evidenzia che la perdita di benessere dovuta al sovraconsumo è controbilanciata dal beneficio derivante dalla copertura assicurativa dei rischi di malattia che riduce l'incertezza degli individui circa possibili perdite monetarie future (FOLLAND et AL. 2004). In particolare, è possibile definire un livello «appropriato» di assistenza sanitaria Q_T che garantisca l'eguaglianza tra beneficio sociale addizionale dell'assicurazione (in termini di copertura dei rischi) e costo sociale addizionale del sovraconsumo (in termini di azzardo morale). Tale definizione appare coerente con il concetto di appropriatezza intesa come «uso corretto delle risorse disponibili per rispondere in modo adeguato e sicuro (in base agli standard clinici e alle evidenze disponibili) ad una specifica domanda di assistenza sanitaria definita rispetto a specifiche caratteristiche del paziente a cui l'intervento è rivolto». Il concetto è alla base della cosiddetta «medicina fondata su prove di efficacia» (*Evidence based medicine* - EBM).⁷

Il livello di consumo appropriato Q_T , superiore al livello Q_0 (che verrebbe scelto autonomamente dal paziente in assenza di copertura assicurativa) può essere incentivato attraverso l'introduzione di un ticket T , pari ad una quota α del prezzo di mercato della prestazione sanitaria: $T=\alpha P$),⁸ riducendo quindi il consumo al livello appropriato ed eliminando l'eccesso di domanda $Q_T - Q_{MAX}$.⁹ Con l'applicazione di un ticket così definito si verrebbe ad eliminare la perdita di benessere per la colletti-

7. Sul concetto di appropriatezza si veda, ad esempio, BROOK (1994) e il sito della Rand Corporation (www.rand.org). Un'ulteriore estensione del concetto di appropriatezza potrebbe anche tener conto non solo del beneficio individuale immediato per il singolo paziente (rappresentato dalla retta di domanda in Figura 1), ma anche delle esternalità positive che il consumo di prestazioni sanitarie e il conseguente miglioramento di salute individuale può determinare per l'intera collettività (maggiore produttività, migliore qualità della vita, riduzione dei costi sanitari futuri a carico della collettività, ecc.).

8. Si tratta quindi di una forma di compartecipazione del tipo *coinsurance*, anche se è facile mostrare che potremmo ottenere effetti del tutto simili considerando un *copayment* non commisurato al prezzo di mercato.

9. Ad esempio, se l'equazione della domanda inversa individuale di assistenza rappresentata in Figura 1 fosse così definita: $P=150-10Q$, nell'ipotesi in cui il prezzo di mercato della prestazione fosse $P=100$, si avrebbe: $Q_0=5$ e $Q_{MAX}=15$. Qualora il livello di consumo sanitario ritenuto appropriato fosse $Q_T=13$, si dovrebbe quindi applicare un ticket pari al 20% del prezzo di mercato. Nel caso degli Stati Uniti, MANNING e MARQUIS (1996) stimano un tasso medio ottimale di compartecipazione, α , pari al 45%.

vità determinata dall'eccesso di consumo oltre il livello appropriato, che viene rappresentata in Figura 1 dall'area del trapezio $BEFQ_{MAX}$ (ottenuta come differenza netta tra i costi addizionali $EFQ_{MAX}Q_T$ e i benefici addizionali $BQ_{MAX}Q_T$ determinati dal consumo oltre il livello appropriato).

Tale situazione corrisponderebbe di fatto ad una situazione di *first best*, rappresentata da un contratto assicurativo ottimale in assenza di asimmetria informativa. In tal caso il SSN coprirebbe esattamente il valore monetario delle cure efficienti Q_T (quelle per cui il costo marginale sociale è pari al beneficio marginale sociale) e il paziente, pagando il ticket ottimale, domanderebbe proprio tale ammontare di cure.

L'esistenza di vincoli informativi o di altro tipo - ad esempio, il fatto che il livello appropriato di consumo varia a seconda del paziente e richiederebbe quindi un ticket «personalizzato», mentre nella realtà la compartecipazione viene definita in maniera uniforme per tutti i pazienti - porta tuttavia a definire generalmente un livello di compartecipazione non ottimale (*second best*) che può consentire di attenuare, ma non di eliminare completamente, la perdita di benessere.

Nella letteratura economica sono stati sviluppati modelli che determinano la struttura del contratto assicurativo e il livello di compartecipazione che sono in grado di garantire congiuntamente l'equilibrio ottimale (di *first* o di *second best*) tra *pooling* dei rischi degli assicurati e riduzione della perdita di benessere legata all'azzardo morale (ZECKHAUSER 1970; MANNING, MARQUIS 1996; BLOMQUIST 1997; ZWEIFEL et AL. 2009, pp. 233-244).

Una regola generale che si può derivare dalla letteratura menzionata è che la compartecipazione dovrebbe essere fissata ad un livello più basso (o nullo) per le forme di assistenza contraddistinte da bassa (o nulla) elasticità della domanda al prezzo. È il caso, ad esempio, delle prestazioni urgenti, dei farmaci salva-vita, delle terapie richieste dalle persone più vulnerabili e affette da gravi patologie croniche, nonché delle forme di assistenza che non presentano alternative terapeutiche. In questi casi il ticket risulterebbe inutile come strumento di controllo degli eccessi di domanda, mentre sarebbe invece molto efficace come strumento di finanziamento poiché garantirebbe un gettito sicuro e stabile. Un tale utilizzo del ticket, però, appare particolarmente iniquo in quanto pone un onere finanziario maggiore proprio a carico delle persone caratterizzate da più elevato rischio sanitario e maggiore bisogno di assistenza. L'uso corretto del ticket richiede, quindi, che la compartecipazione a carico del paziente/consumatore sia più elevata per i servizi non urgenti e meno essenziali caratterizzati da una più elevata elasticità della domanda (ad esempio, le prestazioni ambulatoriali e diagnostiche

differibili, i farmaci non essenziali, le cure termali, ecc.).¹⁰ Come si può osservare dalla Figura 2, un ticket appare più efficace come strumento di contenimento di consumi inappropriati (riduzione dell'effetto azzardo morale) nel caso della domanda più elastica D' mentre appare meno efficace in presenza di domanda più rigida rispetto al prezzo (D'').

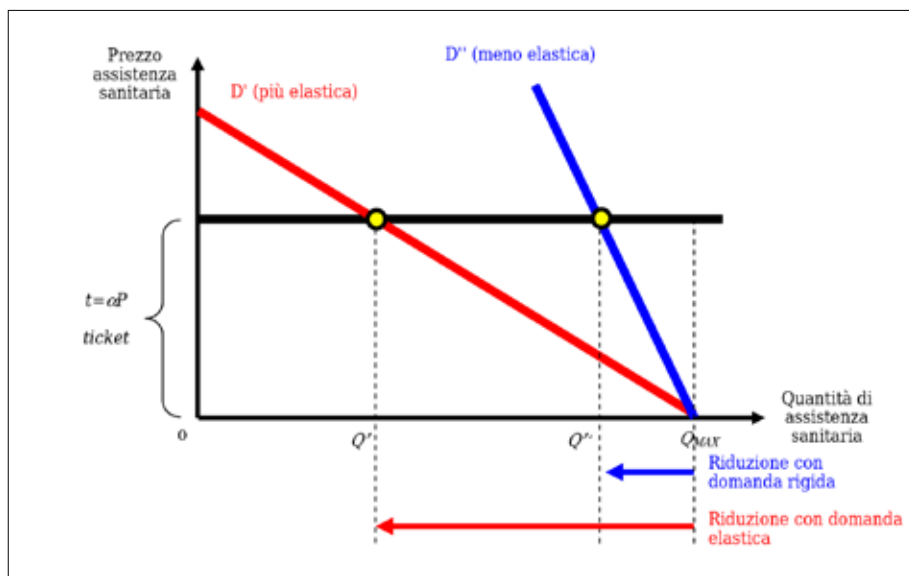


Figura 2. Efficacia del ticket a seconda dell'elasticità della domanda al prezzo

Va peraltro osservato che una prestazione sanitaria difficilmente può essere definita a priori non essenziale o non urgente. La scelta delle prestazioni sanitarie da assoggettare a ticket dovrebbe quindi essere effettuata sulla base di una preliminare valutazione implicita o esplicita - in base a criteri di prioritizzazione e di EBM (*Evidence based medicine*) - del grado di «urgenza» e di «essenzialità» delle prestazioni rispetto a particolari categorie di pazienti. La previsione di esenzioni soggettive, legate all'esistenza di patologie croniche o a particolari condizioni di fragilità (che rendono rigida la domanda) avviene invece considerando la singola situazione individuale (REBBA 2009, p. 226).

Inoltre, occorre anche considerare che le persone in condizioni eco-

10. In effetti, nella maggior parte dei sistemi sanitari pubblici i ticket vengono applicati soprattutto in questi casi e in particolare sui farmaci. Si veda, ad esempio, le rassegne relative ai Paesi OCSE ed europei contenute in DOCTEUR, OXLEY 2004, PAMMOLLI, SALERNO 2006, ESPIN, ROVIRA 2007.

nomiche disagiate sono caratterizzate da una domanda di assistenza sanitaria molto elastica al prezzo e potrebbero, in presenza di un ticket, ridurre eccessivamente i loro consumi anche nel caso in cui questi fossero appropriati ed efficaci. In questo caso, il ticket potrebbe determinare un sottoconsumo di prestazioni sanitarie (sia di prevenzione e che curative) da parte delle classi sociali più deprivate, con un impatto negativo sulla salute e un possibile aumento della spesa sanitaria nel medio-lungo periodo. Ciò comporterebbe una riduzione sia dell'equità nell'accesso ai servizi, sia dell'efficienza allocativa attraverso un peggioramento del benessere della collettività. Si ritiene quindi preferibile esentare dal ticket le persone che, a causa di una situazione economica personale particolarmente sfavorevole, potrebbero essere disincentivate ad accedere a prestazioni sanitarie essenziali (REBBA 2009; REBBA, RIZZI 2012b).

L'analisi teorica e quella empirica segnalano inoltre che un'applicazione solo parziale del ticket potrebbe determinare effetti indesiderati nella misura in cui vi fosse un'elevata sostituibilità tra diverse forme di assistenza. Infatti, se in sostituzione delle prestazioni gravate da ticket si ricorre impropriamente ad altre prestazioni completamente gratuite, si potrebbe determinare un aumento della spesa pubblica (si veda ad esempio, CHANDRA ET AL. 2010). Potrebbe essere quindi opportuna l'introduzione di ticket per un'ampia gamma di prestazioni, in modo da evitare il processo di deviazione della domanda verso forme di assistenza sostitutive inappropriate e più costose non colpite dal ticket (REBBA 2009, pp. 226-227).¹¹

Dalla precedente discussione, emerge come l'utilizzo dei ticket venga giustificato dalla necessità di responsabilizzare l'utente circa il costo dei consumi sanitari, spingendolo a ridurre esclusivamente l'utilizzo di beni e servizi inappropriati e con ridotti (o nulli) benefici sociali.

A questo punto, però emergono due problemi (REBBA 2009). Il primo riguarda l'effettiva capacità delle compartecipazioni a contenere solo la domanda di prestazioni inappropriate e con bassa efficacia senza che venga invece pregiudicata anche la domanda di prestazioni sanitarie con elevata produttività in termini di salute. Recentemente si è cercato di affrontare il problema sviluppando un nuovo approccio che tende ad affinare il modello standard basato sul controllo dell'azzardo morale attraverso compartecipazioni positivamente correlate con l'elasticità al prezzo della domanda di prestazioni sanitarie. Secondo il nuovo

11. Il ticket può essere utilizzato anche: per promuovere un uso più appropriato dei servizi (ad esempio, riducendo il numero di prestazioni non urgenti richieste al pronto soccorso); per scoraggiare il ricorso a prodotti farmaceutici per i quali esistano sostituti di pari efficacia meno costosi (ad esempio, sostituzione dei prodotti di marca con farmaci generici).

approccio, definito *value-based cost-sharing*, si dovrebbero applicare compartecipazioni più basse per i beni e servizi sanitari contraddistinti da maggiori evidenze di efficacia clinica e di costo-efficacia per specifici gruppi di pazienti,¹² evidenze ottenute grazie alla sempre maggiore diffusione dell'*health technology assessment* (HTA) come metodica per valutare la desiderabilità sociale delle prestazioni sanitarie innovative.¹³ Un approccio di questo tipo potrebbe, tuttavia, essere caratterizzato da costi applicativi piuttosto rilevanti, soprattutto quando sono le caratteristiche del paziente stesso a determinare il valore più o meno elevato da assegnare alla prestazione. Effetti correttivi sulla domanda potrebbero essere ottenuti anche attraverso campagne informative mirate, ma queste appaiono un valido strumento di governo della domanda, alternativo al ticket, solo nel caso di servizi caratterizzati da una domanda poco reattiva al prezzo.

Il secondo problema, ancora più rilevante, riguarda il fatto che in sanità la domanda dei pazienti viene quasi sempre determinata dai medici per cui, tenendo conto dell'effetto di « induzione della domanda da parte dell'offerta » (il cosiddetto effetto SID: *supply-induced demand*), l'applicazione del ticket sugli utenti non porterebbe ad alcun effetto in termini di contenimento di una domanda decisa in realtà dai medici. È soprattutto sulla base di tale considerazione che si ritiene che la domanda di prestazioni sanitarie sia di fatto rigida al prezzo, per cui il ticket o qualunque altro tipo di compartecipazione (anche una franchigia) non avrebbero alcun effetto di contenimento dei consumi inappropriati, mentre solo una corretta attività prescrittiva da parte del medico potrebbe aumentare il grado di appropriatezza.¹⁴ Tale argomentazione viene spesso fondata sull'assunto di non sostituibilità dei trattamenti per un dato stato di salute,¹⁵ ma per molte prestazioni (visite

12. In particolare, PAULY e BLAVIN (2008) dimostrano che il livello ottimale del ticket dovrebbe dipendere non solo dall'elasticità della domanda al prezzo ma anche dal grado di imperfezione delle informazioni degli utenti. Ad esempio, se questi sottovalutassero molto i benefici di una data prestazione, al contrario di quanto indicato dall'approccio tradizionale, il ticket ottimale dovrebbe essere tanto più basso quanto più elevata è l'elasticità della domanda, in quanto ciò consentirebbe di avvicinarsi più facilmente al livello di consumo socialmente desiderato. Per approfondimenti sul tema del *value-based cost sharing* si rimanda a CHERNEW ET AL. 2007, CHERNEW ET AL. 2010, BAICKER, GOLDMAN 2011, DRUMMOND, TOWSE 2012.

13. L'HTA rappresenta un importante strumento di governo attivo dell'innovazione che si sta progressivamente diffondendo nei sistemi sanitari pubblici con l'obiettivo di fornire ai responsabili delle politiche sanitarie e delle scelte assistenziali informazioni trasparenti, affidabili e scientificamente rigorose sugli effetti delle tecnologie mediche (SORENSEN ET AL. 2008).

14. È questa, ad esempio, la posizione assunta da EVANS 1995, BARER ET AL. 1998 e HOLST 2010.

15. La non sostituibilità riguarda, ad esempio, le prestazioni urgenti, quelle complesse

mediche generiche, visite specialistiche, prestazioni diagnostiche, alcuni farmaci tra cui in particolare quelli «di conforto») si è talora in presenza di domanda elastica e quindi il fatto che il medico orienti la richiesta del paziente può attenuare ma non eliminare del tutto l'utilità del ticket come strumento di governo della domanda. Inoltre, occorre considerare che la presenza di compartecipazioni può contrastare in alcuni casi una sorta di collusione implicita tra medico e paziente a danno del terzo pagante (assicurazione o SSN) (MURARO 1987). In conclusione, a certe condizioni, il ticket può conservare una certa efficacia come strumento diretto di governo della domanda, anche considerando l'induzione della domanda da parte dei medici. L'esistenza contemporanea di azzardo morale e di effetto «domanda indotta dall'offerta» suggerisce tuttavia di controllare i consumi sanitari agendo sia dal lato della domanda, attraverso il ticket, sia dal lato dell'offerta, attraverso meccanismi di responsabilizzazione dei medici prescrittori (*managed care*, *pay-for-performance*) che li incentivino a orientare i pazienti verso prestazioni appropriate ed efficaci (MA, RIORDAN 2002; OECD 2010, capitolo 4).

Molti studi empirici hanno analizzato l'efficacia delle compartecipazioni a contrastare l'azzardo morale e a determinare un contenimento della spesa per il terzo pagante.¹⁶ Il più importante e citato (oltre che costoso)¹⁷ studio sperimentale sugli effetti delle compartecipazioni è rappresentato dal *Rand Health Insurance Experiment* (RHIE) condotto negli Stati Uniti tra il 1974 e il 1981 (MANNING ET AL. 1987). I principali risultati di questo studio possono essere così sintetizzati:

- all'aumentare dell'aliquota di compartecipazione si riduce la percentuale di persone che domandano prestazioni sanitarie e il numero annuo di visite mediche pro capite;
- le componenti più elastiche al prezzo riguardano la domanda di farmaci, le cure odontoiatriche e l'assistenza ambulatoriale generica, mentre quelle meno elastiche riguardano la domanda di prestazioni specialistiche e di ricoveri ospedalieri;
- la compartecipazione riduce l'utilizzo delle cure a bassa produttività di salute ma talora può scoraggiare anche la domanda di

(ricoveri ospedalieri) o programmate in percorsi prestabiliti (*follow-up* e accertamenti diagnostici per patologie tumorali). In questi casi la domanda è rigida in quanto definita completamente dal medico.

16. Un'ampia rassegna è offerta, ad esempio, da CARRIERI 2010. Una *survey* recente degli studi empirici sugli effetti dei ticket sui farmaci si può trovare in AUSTVOLL-DAHLGREN (2009) mentre FLORIO e SICILIANI (2010) riportano le evidenze relative agli effetti della reintroduzione dei ticket sui farmaci nel 2001 in Italia.

17. Il costo del RHIE è stato di circa 295 milioni di dollari (Us \$ 2011) (ARON-DINE ET AL. 2013).

prestazioni efficaci e appropriate;

- le categorie più vulnerabili (persone a basso reddito e/o affette da patologie croniche) evidenziano indicatori di morbilità e di mortalità significativamente peggiori quando siano soggette a compartecipazioni elevate.

Tali risultati sono stati recentemente oggetto di un approfondito riesame, sulla base di tecniche statistiche più sofisticate, da parte di ARON-DINE ET AL. (2013) che hanno sostanzialmente confermato la robustezza delle principali conclusioni del RHIE. Occorre però essere molto cauti nell'estensione di tali risultati al contesto europeo dove i sistemi sanitari prevedono generalmente una copertura pubblica universale dei cittadini a differenza del sistema statunitense dove le coperture assicurative private sono molto differenziate.

Le diverse analisi empiriche rilevano come i ticket, anche di importo ridotto, possano determinare un contenimento dei consumi e della spesa per il terzo pagante, ma non offrono evidenze conclusive circa la capacità delle compartecipazioni di limitare la domanda solo delle prestazioni inappropriate e poco efficaci (si veda ad esempio, l'analisi di COSTA FONT, GEMMILL TOYAMA 2011). Sarebbe quindi importante verificare se le compartecipazioni possano avere conseguenze negative in termini di salute, ma su questo aspetto le evidenze portate dagli studi realizzati appaiono contrastanti, anche perché molti Paesi che utilizzano le compartecipazioni, in particolare quelli europei, prevedono esenzioni per le persone più fragili e vulnerabili, quali i malati cronici, i disabili, gli anziani e i soggetti in condizioni economiche disagiate. Nei Paesi che non prevedono un'applicazione diffusa di esenzioni di questo tipo, come ad esempio gli Stati Uniti, le evidenze empiriche segnalano invece effetti dannosi per la salute delle categorie vulnerabili.

A prescindere dalle misure correttive appena menzionate, si può inoltre osservare che la valutazione degli effetti distributivi del ticket è in realtà più complessa di quella offerta dalla tesi tradizionale secondo cui tale strumento è fortemente regressivo (TAMBLYN ET AL. 2001; CISLAGHI, COSTA 2006), e ciò in base a due particolari considerazioni (MURARO 2003, pp. 374-376; REBBA ET AL. 2011, pp. 2-3). In primo luogo, la tesi tradizionale dell'iniquinà distributiva trascura il fatto che il controllo della domanda mediante ticket opportunamente disegnati (differenziando la compartecipazione per patologie e per livelli di reddito) potrebbe consentire una riduzione dei tempi di attesa e un aumento della qualità dell'assistenza pubblica, e ciò andrebbe a vantaggio soprattutto dei cittadini a minor reddito, costretti a restare nel servizio pubblico, mentre i più ricchi possono in ogni caso ricorrere ai servizi privati alternativi a prezzo intero (REBBA, RIZZI 2011 e 2012a). Favorendo il contenimento

dei tempi di attesa per le prestazioni rientranti nei livelli essenziali di assistenza (LEA) e consentendo una certa possibilità di espansione nel tempo della gamma delle prestazioni rientranti nella copertura pubblica di base, i ticket potrebbero contribuire a salvaguardare i sistemi sanitari pubblici che potrebbero meglio adattarsi all'evoluzione dei bisogni di salute e delle innovazioni in campo medico. Ne consegue che una valutazione completa del saldo netto degli effetti equitativi dei ticket risulta complessa e potrebbe fornire addirittura un risultato non negativo (MURARO 2003, p. 376).

Per concludere, si può osservare che le misure di compartecipazione adottate nei diversi Paesi industrializzati, pur essendo piuttosto differenziate, sembrano rispondere in molti casi all'esigenza di limitare gli effetti indesiderati del ticket. Il ricorso al *copayment* risulta generalizzato nel caso dei farmaci (dove appaiono più diffusi i fenomeni di sovraconsumo ed è relativamente più agevole discriminare le componenti non essenziali e di conforto), mentre è relativamente meno diffuso per quanto concerne le prestazioni diagnostiche, le visite specialistiche e soprattutto i ricoveri ospedalieri. Per ridurre l'impatto negativo del ticket sull'accesso ai servizi essenziali da parte delle persone con elevato rischio di salute e con ridotta capacità economica, i Paesi con sistema sanitario pubblico fanno largo ricorso a esenzioni e abbattimenti per patologia e per reddito. Peraltro, viene generalmente riconosciuto che, alla luce dei limiti e delle problematiche che caratterizzano l'uso del ticket, un efficace governo della domanda richiede comunque che il ticket venga affiancato anche da altri strumenti volti soprattutto a responsabilizzare e incentivare i medici prescrittori (REBBA ET AL. 2011).

Anche nel caso dell'Italia, vengono utilizzati ticket nel caso dei farmaci e delle prestazioni diagnostiche e specialistiche ricompresi nei livelli essenziali di assistenza garantiti dal SSN, prevedendo esenzioni per reddito e patologia la cui applicazione ha comportato sempre rilevanti problemi e costi legati all'accertamento dell'effettiva sussistenza delle condizioni per poterne beneficiare (CISLAGHI, GIULIANI 2012).¹⁸ Inoltre, nel caso del SSN italiano, il ticket sembra essere stato utilizzato finora più come strumento di finanziamento che come mezzo per controllare la domanda, determinando una serie di inefficienze ed iniquità (REBBA ET AL. 2011).

Nel successivo paragrafo viene presa in considerazione l'ipotesi di

18. Emerge, in particolare, la necessità di identificare correttamente i livelli di condizione economica. A questo proposito sembrerebbe opportuno prevedere l'uso dell'ISEE, che potrebbe esplicitare i suoi effetti positivi soprattutto in corrispondenza di una riduzione dell'evasione fiscale.

passare da un meccanismo di compartecipazioni alla spesa sanitaria fondato su un sistema di ticket mitigati con esenzioni (per reddito e patologia), come è attualmente previsto dal SSN italiano, ad un diverso meccanismo di *cost-sharing* basato sulla franchigia.

3. La franchigia

A partire dallo schema concettuale introdotto nel precedente paragrafo, possiamo ora a considerare gli effetti di una «franchigia», sia rispetto al governo della domanda (controllo del *moral hazard*) sia rispetto al possibile impatto sull'equità distributiva.

La franchigia rappresenta in genere un ammontare monetario massimo a carico del paziente per l'acquisto di prestazioni sanitarie o di farmaci prima che intervenga la copertura assicurativa privata o pubblica. Essa può essere fissata rispetto alla singola prestazione o rispetto ad un dato periodo di tempo (in genere l'anno).

Più specificamente, in campo assicurativo, si distingue tra «franchigia relativa» e «franchigia assoluta». Si parla di «franchigia relativa» (*excess*) quando, al di sotto di un certo valore di spesa, l'assicurato non riceve alcun rimborso mentre per valori superiori l'indennizzo è pieno. Si parla invece di «franchigia assoluta» (*deductible*) quando parte dell'ammontare delle spese resta in ogni caso a carico dell'assicurato e l'assicurazione paga la differenza tra il totale della spesa e la franchigia.¹⁹

La franchigia può consentire di controllare il *moral hazard* secondo un meccanismo diverso da quello tipico del ticket. Infatti, la franchigia, pur potendo incentivare (almeno in teoria) livelli di consumo appropriato, a differenza del ticket, viene a limitare la spesa complessiva sostenuta dal paziente-consumatore entro un tetto massimo prefissato, oltre il quale il costo delle prestazioni è tutto a carico dell'assicurazione o del SSN. Per questo motivo, la franchigia viene spesso considerata uno strumento di

19. Ad esempio, nel caso in cui una polizza assicurativa di malattia che preveda un tetto massimo rimborsabile di 5.000 euro e l'assicurato attesti spese sanitarie per complessivi 5.500 euro: se la polizza prevede una franchigia relativa (*excess*) di 100 euro, allora l'assicurato deve sostenere una spesa iniziale di 100 euro e la spesa complessiva che può essere rimborsata dall'assicurazione è di 5.000 euro (massima spesa rimborsabile sulla spesa residua di 5.400 euro); se invece la polizza prevede una franchigia assoluta (*deductible*) di 100 euro, allora l'assicurato non deve sostenere alcuna spesa iniziale e la compagnia assicurativa può rimborsare 4.900 euro (massima spesa rimborsabile di 5.000 euro meno *deductible* di 100 euro). Nel caso della franchigia assoluta, inoltre, questa può essere essere «fissa», quando il valore-soglia è predeterminato in valore monetario (ad es. 100 euro) oppure «proporzionale» alla spesa se si prevede che una data percentuale della spesa sostenuta (ad esempio, il 20% di una spesa massima di 5.000 euro) non verrà rimborsata.

cost-sharing che potrebbe superare alcuni dei problemi di equità tipici del ticket, evitando che il reddito insufficiente distolga dalle cure necessarie e tutelando comunque gli individui contro il rischio di dover sostenere pesanti esborsi finanziari in caso di eventi gravi o ricorrenti. Proprio in base a considerazioni di questo tipo, in Italia, nel 2012, il Ministero della salute aveva formulato la proposta di sostituire l'attuale sistema di compartecipazioni presente nel SSN basato sui ticket (con esenzioni per reddito e patologia) con un sistema basato su una franchigia calcolata in percentuale al reddito personale (CISLAGHI, GIULIANI 2012).²⁰

Concentrando ora l'attenzione sull'applicazione della franchigia nel contesto di un SSN, per ciascun cittadino tale strumento di *cost-sharing* rappresenta un tetto massimo che viene fissato al suo esborso per l'acquisto di prestazioni rientranti nei livelli essenziali di assistenza sanitaria; tale tetto può riferirsi ai pagamenti per l'acquisto al costo pieno (tariffa) o parziale (ticket) di prestazioni erogate da strutture pubbliche del SSN o da privati accreditati.²¹

Per ciascun cittadino, inoltre, il «valore assoluto» della franchigia può essere definito in alternativa:

- in somma fissa per individuo;
- in somma fissa per nucleo familiare;
- in misura proporzionale al reddito individuale;
- in misura proporzionale al reddito familiare;

20. Nello specifico, la proposta, nella sua formulazione iniziale, prevedeva la sostituzione completa dell'esistente regime di ticket con esenzioni per patologia e reddito con un nuovo sistema che elimina le esenzioni preesistenti (caratterizzate da rilevanti costi di accertamento) e prevede un contributo massimo individuale (franchigia) pari al 3 per mille del reddito lordo, con la possibilità eventuale di rendere l'aliquota progressiva gravando meno del 3 per mille sui redditi più bassi e più del 3 per mille per quelli più elevati. Entro l'ammontare massimo della franchigia calcolata sui precedenti 12 mesi, ogni accesso a una prestazione verrebbe pagato interamente secondo le attuali tariffe o ticket; superato l'ammontare della franchigia, le prestazioni sarebbero tutte gratuite per i successivi 12 mesi. Una proposta più elaborata che riprende l'idea della franchigia è stata formulata da Gilberto Muraro (REBBA ET AL., 2011). Essa prevede un sistema di ticket incisivi e generalizzati, con esenzioni a priori limitate ai casi di povertà e con un conguaglio fiscale in sede IRPEF che preveda tre casi: i) nessuna agevolazione per la spesa annua inferiore ad una data percentuale del reddito del contribuente (ad esempio, una spesa inferiore all'1% del reddito lordo); ii) detrazione percentuale dall'imposta della parte di spesa compresa tra una prima e una seconda percentuale del reddito (ad esempio, una spesa compresa tra 1 e 2,2% del reddito lordo); iii) rimborso integrale, sotto forma di credito d'imposta, della parte superiore alla seconda soglia (per una spesa superiore al 2,2% del reddito lordo).

21. Nel caso del SSN italiano, l'acquisto a costo pieno si riferisce alle prestazioni in libera professione intramuraria erogate dalle strutture pubbliche, quando il paziente desidera ridurre i tempi di attesa o scegliere il medico preferito. Nel caso di prestazioni richieste a strutture private (privato non accreditato), anche se rientranti nei LEA, il costo rimane interamente a carico del consumatore anche dopo il raggiungimento della franchigia.

- in misura proporzionale ad un valore che rappresenta il benessere familiare, come ad esempio l'indicatore di situazione economica equivalente (ISEE).

È necessario inoltre definire l'intervallo di tempo in cui la franchigia deve essere raggiunta per diventare operativa. Se tale intervallo di tempo è identificato con l'anno solare (scelta prevalente), allora, raggiunto l'ammontare della franchigia, fino alla fine dell'anno l'utente non paga più alcuna tariffa o ticket sulle prestazioni che rientrano nei LEA coperti dal SSN.

Per il singolo paziente, il costo di una prestazione aggiuntiva è quindi pari al valore del ticket o della tariffa fino a che non raggiunge la franchigia; superata tale soglia, per il paziente il costo marginale diventa nullo. In tal modo la franchigia introduce una discontinuità nel costo a carico del paziente, a differenza del ticket che, invece, impone un onere costante per ogni unità di assistenza sanitaria richiesta.

Si può prevedere che lo stato di salute o il livello di reddito dell'individuo possa influire sulla definizione del valore della franchigia, analogamente a quanto avviene generalmente nel caso dei sistemi di compartecipazione basati unicamente sul ticket.²² Ad esempio, nel caso di patologie croniche o particolarmente gravi (che determinano una sostanziale inelasticità al prezzo della domanda di assistenza sanitaria) la franchigia può essere diminuita, fino ad annullarsi in presenza di una domanda completamente rigida.

Basandoci sulla schematizzazione della domanda di assistenza sanitaria da parte di un generico paziente illustrata nel paragrafo precedente con riferimento al ticket, proviamo ora ad analizzare una situazione ipotetica in cui si prevede di passare da un sistema che contempla il pagamento di ticket corretti con esenzioni per reddito e patologia per l'accesso a prestazioni (LEA) garantite dal SSN - come è il caso dell'attuale sistema di compartecipazioni nel SSN italiano - a un nuovo meccanismo di *cost-sharing* basato sulla franchigia in cui non è prevista più alcuna esenzione per reddito e patologia e ogni cittadino deve sostenere - entro un intervallo di tempo corrispondente, ad esempio, all'anno solare - un livello massimo di spesa (franchigia) prima di potere accedere gratuitamente alle prestazioni garantite dal SSN.²³ Con il nuovo meccanismo, la franchigia può essere raggiunta dal singolo paziente acquistando

22. Con riferimento al SSN italiano, sia con il ticket che con la franchigia rimane il problema dei considerevoli livelli di evasione ed elusione fiscale, che introducono elementi di iniquità nella distribuzione dei benefici derivanti dalle esenzioni.

23. La situazione che viene ipotizzata è, in buona sostanza, analoga a quella che si potrebbe determinare nel SSN italiano se venisse implementata la menzionata proposta formulata dal Ministero della salute nel 2012.

direttamente le prestazioni rientranti nei LEA mediante il pagamento dei ticket previsti per quelle prestazioni.²⁴

Per semplicità espositiva, d'ora in poi il meccanismo di *cost-sharing* basato sui ticket con esenzioni viene definito «Sistema A» mentre il nuovo meccanismo con franchigia senza esenzioni viene contrassegnato come «Sistema B».

Si ipotizza che, nel caso di pazienti non esenti, il ticket con il Sistema A consenta di pervenire ad un consumo di prestazioni pari a Q_T , che corrisponderebbe al livello appropriato in caso di ticket ottimale (situazione di *first best*).²⁵

L'effetto differenziale del nuovo meccanismo con franchigia (Sistema B) rispetto a quello basato sul ticket con esenzioni (Sistema A) viene esaminato sotto due profili:

- in termini di governo della domanda di prestazioni (controllo dell'azzardo morale e riduzione del consumo non appropriato);
- in termini distributivi (in relazione alle diverse caratteristiche degli assistiti per quanto riguarda livello di reddito e presenza di patologie).

Inizialmente, si effettua un'analisi di statica comparata tra i due sistemi A e B di *cost-sharing*, ipotizzando inoltre che la franchigia corrisponda ad un generico ammontare su base annua. Successivamente, vengono esaminati i possibili effetti della franchigia nel caso in cui essa venga definita in misura proporzionale al reddito annuo individuale.

In presenza del Sistema B di *cost-sharing* appena delineato, ciascun paziente-consumatore effettuerà un calcolo di convenienza e confronterà il livello di benessere che potrebbe raggiungere qualora effettuasse nell'anno una spesa pari alla franchigia, potendo poi ricevere gratuitamente ulteriori prestazioni rientranti nei LEA, con il livello di benessere che potrebbe conseguire arrestando la spesa per i suoi consumi al di sotto della franchigia.²⁶

Come nel paragrafo 2, con riferimento ad una generica prestazione

24. Per semplicità di analisi, viene qui ipotizzato che il paziente decida sempre di fruire della prestazione in regime pubblico corrispondendo il relativo ticket. Le conclusioni che si ottengono non si modificherebbero sostanzialmente nel caso in cui si considerasse l'acquisto delle prestazioni a prezzo pieno; in tal caso, si può infatti prevedere un più rapido raggiungimento della franchigia.

25. Tale ipotesi viene formulata solo per semplicità espositiva. L'analisi degli effetti differenziali del Sistema B rispetto al Sistema A porterebbe a conclusioni sostanzialmente analoghe se si considerasse la situazione (più realistica) di *second best* in cui i ticket incentivano un contenimento dei consumi, al di sotto del livello massimo Q_{MAX} , ma senza portare precisamente al livello appropriato.

26. È sottinteso che la richiesta di prestazioni, entro oppure oltre la franchigia, viene sempre mediata dal medico.

sanitaria rientrante nei LEA, si considera l'applicazione di un ticket pari ad una quota percentuale α del prezzo di mercato P della prestazione. In questo caso, la franchigia F viene raggiunta quando il paziente consuma la quantità di assistenza sanitaria $Q_F = F/\alpha P$. Il livello Q_F dipende dall'ammontare della franchigia, per cui si possono verificare tre casi.

1) Franchigia bassa (inferiore alla spesa che sarebbe stata effettuata per i ticket con il Sistema A)

In questo primo caso, rappresentato in Figura 3, si ipotizza che il valore della franchigia F sia inferiore alla spesa che il paziente (non esente) avrebbe effettuato pagando il ticket nel Sistema A: $F < T_A = \alpha P Q_T$. Quindi la quantità di prestazioni sanitarie che verrebbe acquistata dal paziente fino ad arrivare alla franchigia è inferiore alla quantità che sarebbe stata consumata prevedendo unicamente il ticket come strumento di *cost-sharing*: $Q_F < Q_T$. Tuttavia, quando il paziente raggiunge il consumo Q_F , il valore pagato per un'unità addizionale di assistenza sanitaria si annulla, e può essere incentivato a spingere il suo consumo fino al valore massimo Q_{MAX} (si veda la Figura 3). In particolare, se con il Sistema A (prima dell'introduzione della franchigia) il paziente non era esente da ticket, con il Sistema B il consumo aumenta da Q_T a Q_{MAX} , ma il paziente è chiamato a compartecipare con un valore inferiore all'ipotetica spesa per il ticket che si sarebbe avuta con il Sistema A (infatti $F < T_A$). Se invece con il sistema A il paziente era esente da ticket (per reddito o per patologia), l'effetto del passaggio al Sistema B potrebbe essere un aumento della spesa a carico del paziente (da zero fino, al massimo, alla franchigia F); gli effetti sul consumo sono indeterminati e dipendono dal livello di reddito del paziente: il consumo potrebbe restare invariato (e pari al valore massimo Q_{MAX}) qualora l'ammontare della franchigia rappresentasse una spesa sostenibile per il paziente. Per contro il consumo potrebbe ridursi in misura consistente, anche al di sotto di Q_F , se il paziente avesse un livello di reddito molto basso tale da impedirgli di sostenere una spesa pari all'intera franchigia F .²⁷

27. Nel caso di pazienti con livelli di reddito molto bassi, il consumo Q si ridurrebbe ben al di sotto del livello appropriato: $Q < Q_F < Q_T$.

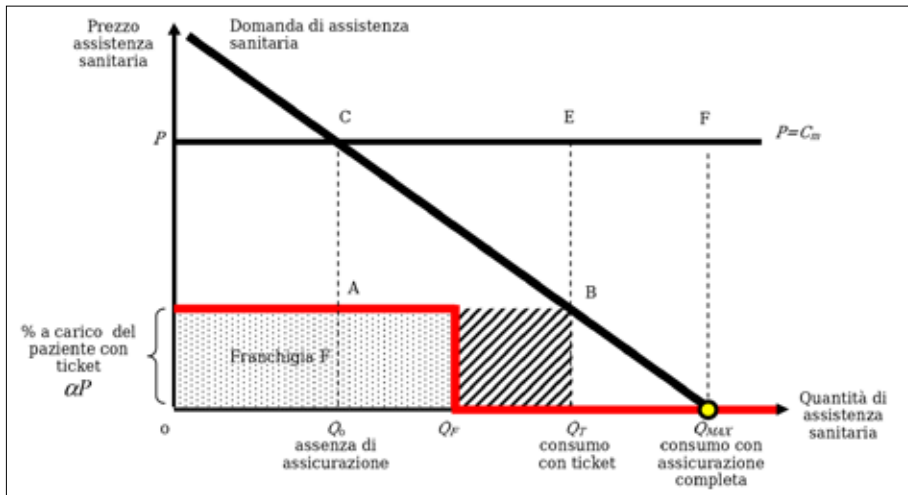


Figura 3. Effetto di una franchigia: $F < \text{Spesa per ticket}$

2) *Franchigia pari alla spesa che sarebbe stata effettuata per i ticket con il Sistema A*

In questo secondo caso (Figura 4), si ipotizza che il valore della franchigia sia uguale alla spesa che il paziente (non esente) avrebbe effettuato pagando il ticket con il Sistema A (cioè in assenza di un tetto massimo alla spesa sanitaria): $F = T_A = \alpha P Q_T$. Ne consegue che la quantità di prestazioni sanitarie che verrebbe acquistata dal paziente fino ad arrivare alla franchigia è esattamente uguale alla quantità che sarebbe stata consumata prevedendo unicamente il ticket come strumento di *cost-sharing*: $Q_F = Q_T$. Tuttavia, quando il paziente raggiunge il consumo Q_F , il valore pagato per una unità addizionale di assistenza sanitaria si annulla, come nel caso precedente, e ciò lo può incentivare a spingere il consumo fino al livello massimo Q_{MAX} (vedi figura 4). Anche in questo caso, il consumo aumenta a Q_{MAX} se con il Sistema A il paziente non era esente da ticket, mentre se il paziente era esente da ticket gli effetti sul consumo sono indeterminati e dipendono dal suo livello di reddito, con una maggiore probabilità che si determini un consumo al di sotto del livello $Q_T (= Q_F)$ rispetto al caso 1.

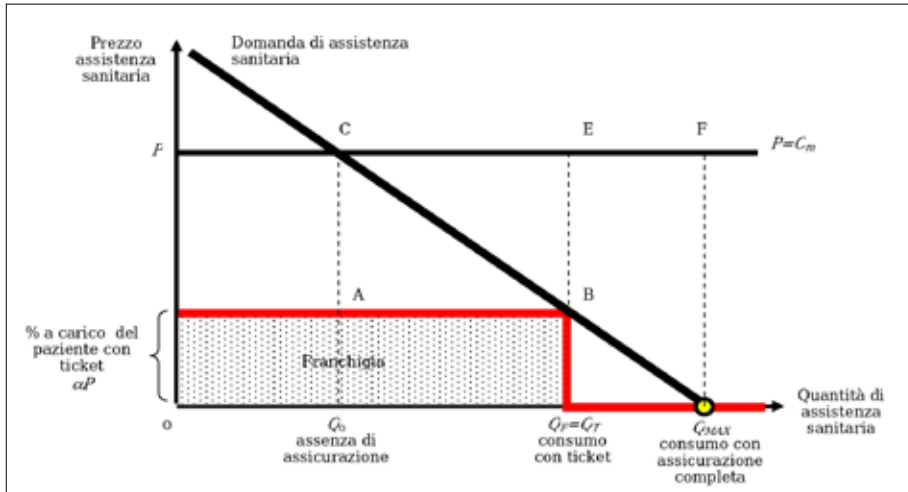


Figura 4. Effetto di una franchigia: $F = \text{Spesa per ticket}$

3) *Franchigia alta (superiore alla spesa che sarebbe stata effettuata per i ticket con il Sistema A)*

Nel terzo caso (Figura 5), si ipotizza che il valore della franchigia sia maggiore della spesa che il paziente (non esente) avrebbe effettuato pagando il ticket con il Sistema A: $F > T_A = \alpha P Q_T$. La franchigia è tale da richiedere al paziente il pagamento di *copayment* per una quantità di prestazioni superiore al livello che sarebbe stata consumata prevedendo unicamente il ticket come strumento di *cost-sharing*: $Q_F > Q_T$. Anche in questo caso, il paziente, se copre l'intera franchigia, può raggiungere il punto (in corrispondenza di Q_F) per cui tutti i consumi successivi sono a costo marginale nullo. Tuttavia, questa volta, egli può essere incentivato a spingere il suo consumo fino al valore massimo Q_{MAX} solo se la spesa aggiuntiva che deve sostenere con il Sistema B rispetto al Sistema A (cioè la differenza tra franchigia F e T_A misurata dall'area del rettangolo BGQ_FQ_T in Figura 5) è minore o tutt'al più uguale al beneficio addizionale che egli può ottenere spingendo il consumo (dopo aver pagato la franchigia) fino a Q_{MAX} (il surplus del consumatore misurato dall'area del triangolo $BQ_{MAX}Q_T$ in Figura 5), ovvero se l'area del triangolo HQ_FQ_{MAX} è maggiore o uguale all'area del triangolo BGH . Per contro, se (come nell'esempio della Figura 5), il beneficio addizionale del sovraconsumo è minore del costo addizionale determinato dalla franchigia (area BGH maggiore dell'area HQ_FQ_{MAX}), allora il paziente arresterà il consumo al livello Q_T come con il Sistema A. Anche in questo caso, il consumo

potrebbe aumentare a Q_{MAX} solo per pazienti non esenti da ticket con il Sistema A, mentre per i pazienti in precedenza esenti gli effetti sul consumo sono indeterminati e dipendono dai loro livelli di reddito, con una maggiore probabilità che decidano un consumo al di sotto del livello Q_T rispetto ai casi 1 e 2.

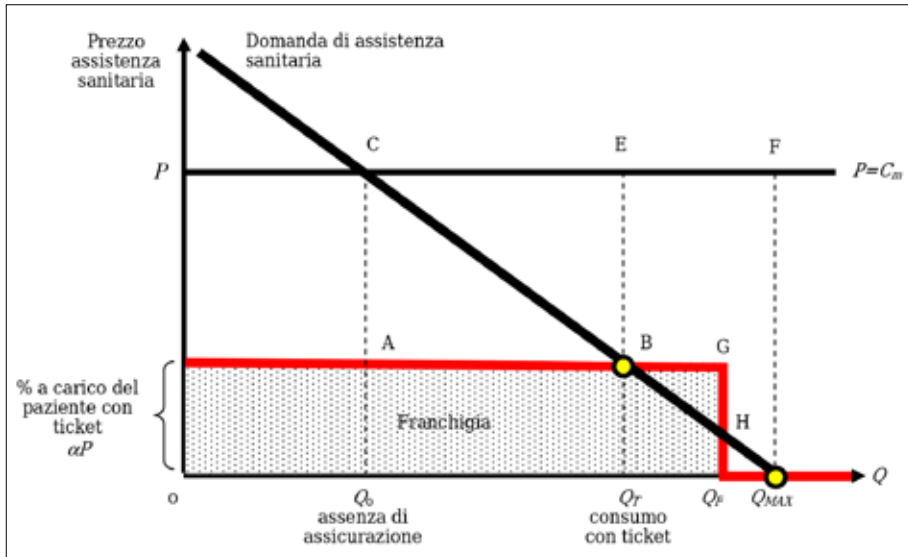


Figura 5. Effetto di una franchigia: $F > Spesa per ticket$
 Nota: la quantità consumata è Q_T se $BGH > HQ_F Q_{MAX}$, oppure Q_{MAX} se $BGH \leq HQ_F Q_{MAX}$

In tutti e tre i casi appena esaminati, di fatto la franchigia si viene a configurare come il «costo necessario per acquistare l’esonero dal ticket». I tre casi evidenziano inoltre che, nel caso di pazienti non esenti da ticket con il Sistema A, solo una franchigia sufficientemente elevata potrebbe essere efficace nel governare la domanda, incentivando una riduzione del consumo di prestazioni rispetto al livello Q_{MAX} , mentre se la franchigia è relativamente bassa potrebbe, per contro, indurre livelli di consumo al di sopra di quelli ritenuti appropriati fino ad arrivare a Q_{MAX} .²⁸ Se i pazienti erano esenti da ticket nel Sistema A, il passaggio al

28. Tale conclusione è in linea con le principali analisi teoriche sui possibili effetti di contenimento del *moral hazard* attraverso le franchigie nel caso dell’assicurazione sanitaria privata. Si vedano, ad esempio, PAULY (1968 e 1986), FOLLAND ET AL. (2004, pp. 152-155), FELDSTEIN (2005, pp. 130-135), che mostrano come una franchigia bassa sia sostanzialmente inefficace nel contenere la domanda inappropriata, mentre una franchigia elevata potrebbe

Sistema B (meccanismo di franchigia senza esenzioni) potrebbe indurre un contenimento della domanda di prestazioni solo nel caso di persone con livelli di reddito molto bassi; tuttavia, in tal caso si determinerebbe una forte riduzione dei consumi di prestazioni sanitarie rientranti nei LEA, probabilmente anche al di sotto del livello ritenuto appropriato, determinando così forti effetti negativi sul piano dell'equità.

In base alle considerazioni appena svolte, possiamo esaminare sinteticamente i possibili effetti dell'introduzione di una franchigia che venga fissata uguale per tutti i cittadini coperti dal SSN e sia definita in percentuale f del reddito annuo personale Y , cioè: $F=fY$.

In particolare, si possono considerare gli effetti differenziali del Sistema B (franchigia $F=fY$ e nessuna esenzione) rispetto al Sistema A (ticket con esenzioni) sui comportamenti di tre individui-tipo differenziati in base a tre diversi livelli di reddito annuo personale: reddito «basso», Y_L , reddito «medio», Y_M , e reddito «elevato», Y_H .

Sia Y_E il livello di reddito al di sotto del quale è prevista l'esenzione per motivi economici con il Sistema A. Pertanto, all'interno della classe di individui con reddito basso si possono trovare sia persone esenti ticket per reddito (se $Y_L \leq Y_E$) sia non esenti (se $Y_L > Y_E$). Il Sistema A prevede, inoltre, esenzioni per le persone affette da patologie croniche (esenzione per patologia) indipendentemente dal livello di reddito.

Nel caso di individui non esenti, si ipotizza, inoltre, che:

- la franchigia calcolata per i più poveri (con reddito $Y_L > Y_E$) nel Sistema B sia inferiore alla spesa da questi sostenuta per il pagamento del ticket nel Sistema A: $F_L < T_A$;
- la franchigia calcolata per le persone a reddito medio (Y_M) nel Sistema B sia di poco superiore alla spesa da questi sostenuta per il pagamento del ticket nel Sistema A: $F_M > T_A$;
- la franchigia calcolata per i più ricchi (reddito Y_H) nel Sistema B sia molto superiore alla spesa da questi sostenuta per il pagamento del ticket nel Sistema A: $F_H >> T_A$.

In base a queste ipotesi, e assumendo inoltre che il beneficio derivante al margine dal consumo di prestazioni (la funzione di domanda) non si modifichi a seconda del livello di reddito, con il passaggio dal Sistema A al Sistema B si possono determinare gli effetti sul consumo di prestazioni e sulla spesa sostenuta dai pazienti riassunti nella tabella 1.

In particolare, con il passaggio alla franchigia (Sistema B) gli individui

rendere più conveniente non assicurarsi. L'effetto di espansione dei consumi potrebbe essere ulteriormente esacerbato nel caso in cui la prestazione venisse erogata da un fornitore privato accreditato, che ha un chiaro incentivo a fornire prestazioni aggiuntive a consumatori per i quali il costo marginale è nullo avendo superato la soglia della franchigia.

non esenti con reddito basso e medio tenderebbero ad aumentare il consumo fino a Q_{MAX} , mentre quelli più ricchi potrebbero essere incentivati a consumare la quantità Q_T analogamente a quanto avveniva con il Sistema A.²⁹ Gli effetti sulla spesa sostenuta dai pazienti non esenti con il passaggio al sistema a franchigia sono diversi a seconda del livello di reddito: gli individui con redditi bassi dovrebbero sperimentare una riduzione di spesa, quelli a reddito medio dovrebbero aumentare la spesa, mentre quelli a reddito alto non dovrebbero modificare la spesa rispetto al Sistema A.

Tabella 1. Effetto di una franchigia su alcuni individui-tipo in base al reddito e all'esenzione dal ticket

Tipo di individuo	Sistema A (ticket con esenzioni)			Sistema B (franchigia senza esenzioni)			
	regime esenzione	spesa attuale per ticket	consumo	franchigia	confronto con spesa per ticket	consumo	spesa
reddito basso Y_L	esente per reddito/ patologia	$T_A = 0$	Q_{MAX}	$F_L = f Y_L$	$F_L > T_A$	$Q \leq Q_T \downarrow$ oppure $Q_{MAX} =$	$F_L \uparrow$
	non esente	$T_A = \alpha P Q_T$	Q_T	$F_L = f Y_L$	$F_L < T_A$	$Q_{MAX} \uparrow$	$F_L \downarrow$
reddito medio Y_M	esente per patologia	$T_A = 0$	Q_{MAX}	$F_M = f Y_M$	$F_M > T_A$	$Q_{MAX} =$	$F_M \uparrow$
	non esente	$T_A = \alpha P Q_T$	Q_T	$F_M = f Y_M$	$F_M > T_A$	$Q_{MAX} \uparrow$	$F_M \uparrow$
reddito alto Y_H	esente per patologia	$T_A = 0$	Q_{MAX}	$F_H = f Y_H$	$F_H \gg T_A$	$Q_T \downarrow$	$F_H \uparrow$
	non esente	$T_A = \alpha P Q_T$	Q_T	$F_H = f Y_H$	$F_H \gg T_A$	$Q_T =$	$F_H =$

Nota: >> significa «molto maggiore».

Nel caso di individui esenti (per reddito o per patologia) nel Sistema A, l'effetto sui consumi delle persone con reddito basso è indeterminato e dipende da quanto incide la franchigia F_L sul reddito: qualora tale incidenza sia molto alta, il Sistema B con franchigia potrebbe determinare una forte riduzione del consumo di prestazioni ($Q \leq Q_T$), talora anche al

29. Infatti, per le persone non esenti con reddito medio, il fatto che la franchigia F_M sia di poco superiore a T_A fa sì che il beneficio addizionale del sovraconsumo fino a Q_{MAX} sia superiore al costo addizionale della franchigia (l'area del triangolo $HQ_F Q_{MAX}$ è maggiore o uguale all'area del triangolo BGH in figura 5) e quindi c'è incentivo a spingere il consumo a Q_{MAX} . Per gli individui non esenti con reddito elevato, invece, una franchigia F_H molto più alta del ticket T_A implica che l'area di beneficio del sovraconsumo sia minore del costo addizionale della franchigia (l'area del triangolo $HQ_F Q_{MAX}$ è minore all'area del triangolo BGH in figura 5) per cui il consumo si arresta a Q_T .

di sotto del livello appropriato; se invece l'incidenza della franchigia sul reddito fosse limitata, il consumo potrebbe collocarsi a Q_{MAX} . Inoltre, gli individui esenti (per patologia) con reddito medio manterrebbero il consumo fino a Q_{MAX} , mentre quelli più ricchi potrebbero essere incentivati a consumare la quantità Q_T riducendo quindi il loro consumo rispetto al Sistema A. In ogni caso, tutti gli individui esenti nel Sistema A registerebbero ovviamente un aumento di spesa con il passaggio al meccanismo con franchigia. In definitiva, soprattutto per gli individui esenti ticket a basso reddito si possono determinare forti effetti regressivi con il passaggio al sistema B con franchigia.

In base alle precedenti considerazioni, è possibile trarre alcune prime conclusioni circa gli effetti della franchigia in termini di governo della domanda (riduzione dell'azzardo morale e aumento dell'appropriatezza) e in termini di impatto redistributivo.

Sul piano della promozione dell'appropriatezza nei consumi sanitari, la franchigia sembra determinare un effetto nullo o molto blando e, in ogni caso, incentiva sempre il sovraconsumo nel caso di individui con redditi medi oppure nel caso di individui non esenti (nel previgente Sistema A) con redditi bassi. Essa sembra essere efficace nel contenere la domanda di individui con reddito alto solo quando sia molto elevata. Per contro, nel caso di individui esenti con redditi bassi, la franchigia potrebbe indurre a un consumo anche inferiore a quello ritenuto appropriato.

Gli effetti prevedibili sul piano dell'equità di una franchigia commisurata al reddito personale sono quanto meno dubbi. I non esenti, con il passaggio al Sistema B, potrebbero ridurre la spesa sostenuta (nel caso degli individui con reddito basso), aumentarla (nel caso degli individui con reddito medio) o mantenerla allo stesso livello del Sistema A (nel caso di individui con reddito alto). Tuttavia, poiché il Sistema B con franchigia non prevede esenzioni dal ticket per reddito e/o patologia, potrebbe portare ad un consistente aumento della spesa per individui con redditi bassi che erano esenti con il Sistema A e, in alcuni casi, quando il reddito fosse particolarmente basso, si potrebbe addirittura determinare un consumo di prestazioni inferiore a quello ritenuto appropriato, con un forte impatto regressivo. Per ovviare ai problemi di equità, si potrebbe pensare di mantenere le esenzioni per reddito e patologia anche con il sistema a franchigia. In tal caso, però, la franchigia appare meno efficace del sistema con ticket per controllare i fenomeni di *moral hazard* che si possono manifestare con prestazioni a domanda elastica.³⁰

30. Va comunque ribadito che l'efficacia della franchigia, al pari di quella del ticket, dipende crucialmente dalle ipotesi che si ritengono più plausibili per spiegare i consumi di prestazioni sanitarie. Se si ritiene che la copertura assicurativa pubblica possa determinare

In definitiva, sia sotto il profilo dell'efficienza allocativa (cioè dell'efficacia rispetto all'obiettivo di contenimento dei fenomeni di *moral hazard*), sia sotto il profilo dell'equità, il Sistema B, che prevede un meccanismo con franchigia in assenza di esenzioni per reddito o patologia, appare in generale inferiore rispetto al sistema A, che prevede l'utilizzo di ticket con esenzioni per reddito e/o per patologia. Può essere allora utile esaminare altri sistemi di *cost-sharing* alternativi (ad esempio ticket modulati a seconda del reddito oppure un massimale alle spese a carico del SSN) che possano determinare effetti desiderabili in termini di efficienza e di equità.

4. Alternative alla franchigia: ticket differenziati per livello di reddito e massimali

4.1. Ticket modulato sul reddito

Se si ritiene che almeno alcune prestazioni sanitarie presentino domanda elastica al prezzo, posto che il problema è quello di ottenere un'uguale accessibilità a prestazioni rientranti nei LEA e uno stesso livello di consumo appropriato per pazienti aventi lo stesso tipo di bisogni sanitari ma con disponibilità economiche diverse, allora si potrebbe pensare di introdurre compartecipazioni differenziate per reddito.

Infatti, a parità di altre condizioni, un paziente «ricco» può permettersi un maggior consumo rispetto ad uno più «povero», esprimendo una maggiore capacità di pagare per le prestazioni sanitarie. Come si vede nella Figura 6, a parità di bisogni sanitari, il ricco esprime una domanda più elevata e con minore elasticità al prezzo rispetto al povero. Ipotizzando ancora una volta di considerare una situazione in cui i ticket vengono fissati in misura ottimale (*first best*), per spingere i pazienti a richiedere

azzardo morale e sovraconsumo, almeno per alcune prestazioni a domanda elastica al prezzo, allora la franchigia (con il Sistema B) sembra efficace solo quando il suo ammontare ecceda quello della spesa sanitaria che si determina per consumatori-pazienti con redditi elevati; quindi, in tal caso, la franchigia dovrebbe essere molto elevata per avere una qualche efficacia. Se si ritiene, invece, che la domanda di prestazioni sanitarie sia sempre molto rigida (essendo determinata in maniera univoca dalla scelta del medico prescrittore), allora la compartecipazione (ticket o franchigia) non sarebbe comunque giustificabile come strumento per il contenimento della domanda, ma solo come fonte di finanziamento. In questo caso, il giudizio sulle politiche si dovrebbe tuttavia spostare interamente sulle modalità del finanziamento del SSN. Nell'ipotesi di domanda rigida (che appare comunque dubbia nel caso di diverse prestazioni) sarebbe più equo prevedere un finanziamento completamente a carico della fiscalità generale.

lo stesso livello di consumo appropriato Q_T , occorrerebbe quindi differenziare la compartecipazione, fissandola ad un livello più elevato per chi ha più risorse. Nella Figura 6, la compartecipazione del ricco dovrebbe essere pari a α_R e quella del povero dovrebbe essere pari a α_P , con $\alpha_R > \alpha_P$.

Verrebbero inoltre mantenute le esenzioni per patologia e per reddito (nel caso delle esenzioni per reddito, si avrebbe un'aliquota $\alpha=0$ al di sotto di un livello minimo di reddito Y_E).

In questo caso, si differenzia la compartecipazione per i due pazienti, perché il ricco paga complessivamente più del povero ($\alpha_R P Q_T > \alpha_P P Q_T$).

Un effetto analogo si potrebbe avere prevedendo una franchigia non più proporzionale (come ipotizzato nel precedente paragrafo) ma progressiva, con aliquote crescenti all'aumentare del reddito. Tuttavia, anche con una franchigia ad aliquota crescente con il reddito, analogamente a quanto visto con la franchigia proporzionale, si verrebbe ad eliminare l'effetto di scoraggiamento del *moral hazard* perché il prezzo per l'acquisto di assistenza addizionale (oltre la franchigia) da parte del paziente si annulla. Per contro, con ticket differenziati per reddito, l'effetto di scoraggiamento del *moral hazard* non scomparirebbe perché il prezzo che il paziente deve pagare per acquistare assistenza addizionale non si annulla mai.

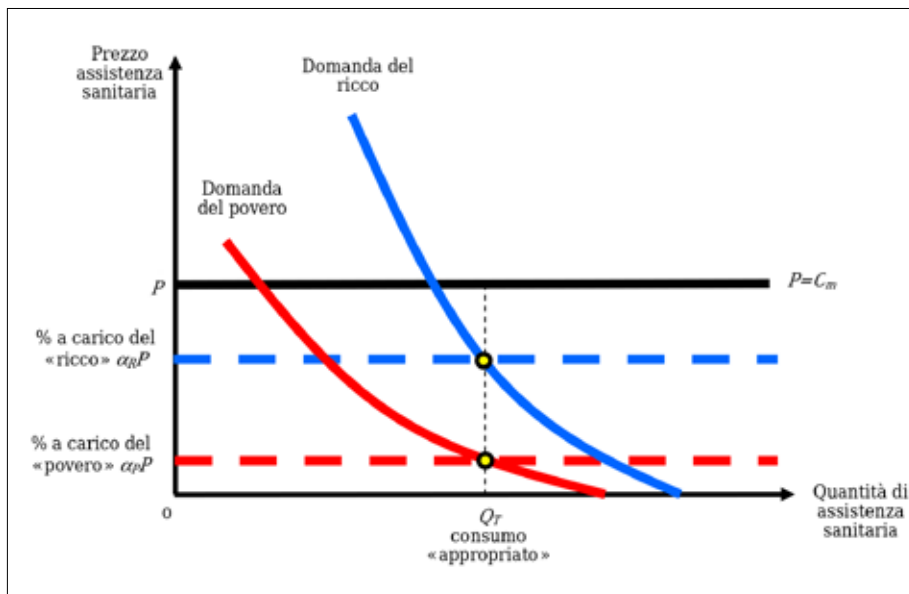


Figura 6. Effetto di ticket differenziati per livello di reddito

4.2. Massimale sulle spese

Un sistema alternativo potrebbe essere quello di fissare, per ogni individuo o tipo di individui, un «massimale», cioè un valore massimo di spesa che può essere sostenuto dal SSN, definito in misura tale da tenere conto del reddito e della condizione patologica del paziente. La logica del massimale è «opposta» a quella della franchigia: in tal caso, è il SSN che copre prima la spesa sanitaria fino ad un certo ammontare (massimale) commisurato ai bisogni definiti rispetto alle caratteristiche di reddito e di patologia del paziente. Al di sopra di tale massimale la spesa rimane a carico del paziente totalmente oppure parzialmente (con un ticket legato alla sua situazione economica, ad esempio utilizzando l'ISEE).

Ipotizzando ticket ottimali differenziati per reddito (pari a α_R per un ricco e α_P per un povero), la spesa per il SSN è data dal valore del consumo appropriato, l'area $oPBQ_T$ nella Figura 7, perché la compartecipazione rende non conveniente per il paziente un aumento dei consumi a livelli superiori a quello appropriato Q_T . In questo caso, il ticket rappresenta un mero deterrente al consumo eccessivo oltre il livello appropriato (che è già assicurato dal massimale) e non genera alcun gettito.

Qualora, ad esempio per problemi finanziari, non fosse possibile fornire gratuitamente il livello appropriato, il SSN potrebbe definire un massimale inferiore ($Q_M < Q_T$) e richiedere ai pazienti una compartecipazione alla spesa per livelli di assistenza superiori a Q_M . Anche in questo caso, comunque, la presenza di ticket ottimali differenziati per reddito spingerebbe ciascuno al massimo al consumo appropriato Q_T (Figura 8). Come nel caso del ticket, per patologie gravi per cui la domanda tende ad essere molto rigida, può essere prevista un'esenzione totale dalla compartecipazione oltre il massimale.

Ovviamente, un massimale eccessivo (tale da coprire oltre il livello Q_T) potrebbe indurre un consumo superiore a quello appropriato, come avviene nel caso della franchigia.

Il sistema del massimale a carico del SSN, oltre a garantire (se opportunamente calibrato) il controllo del *moral hazard* e l'equità nell'accesso ai LEA in base alle risorse disponibili, potrebbe consentire di aggiustare esplicitamente l'impegno finanziario del SSN a seconda della situazione della finanza pubblica. Esso determinerebbe probabilmente maggiori costi di gestione, rispetto agli altri sistemi esaminati, a causa della necessità di definire e aggiornare massimali calibrati in base alle caratteristiche e ai bisogni dei pazienti.

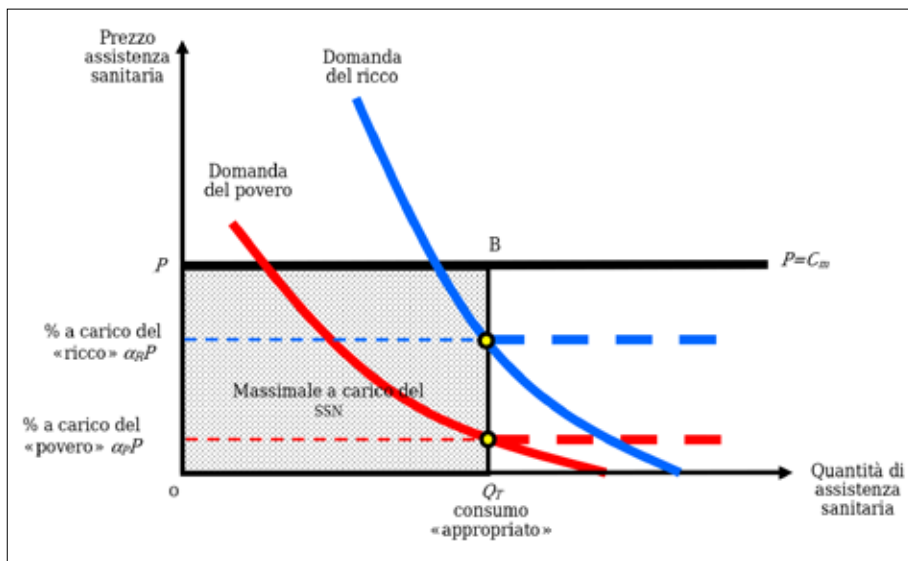


Figura 7. Effetto di un massimale a carico del SSN

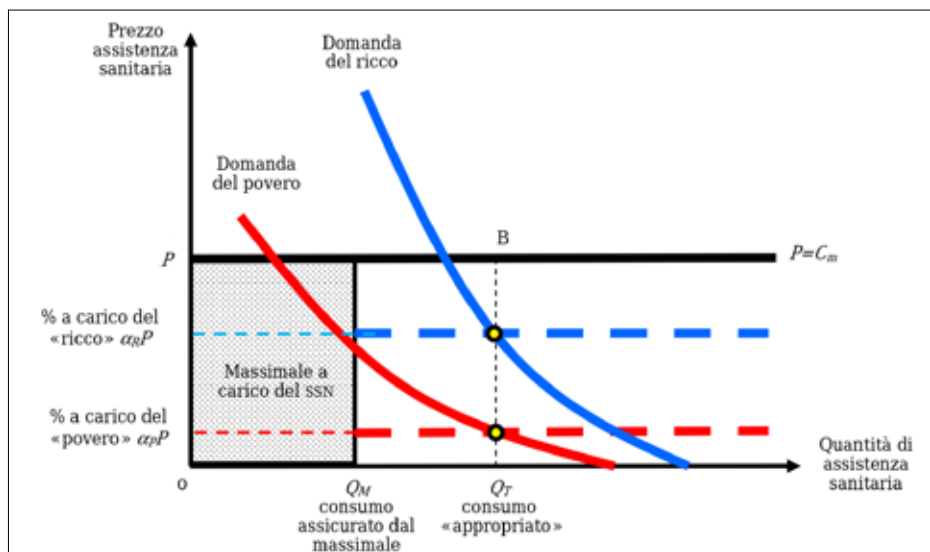


Figura 8. Effetto di un massimale a carico del SSN inferiore al livello appropriato

5. Conclusioni

L'attuale crisi economica e la conseguente introduzione di vincoli di finanza pubblica sempre più stringenti hanno aumentato le pressioni esercitate sui sistemi sanitari, mettendo in primo piano la questione della loro sostenibilità finanziaria di breve periodo. I Paesi europei con elevati deficit di bilancio e quelli più esposti alla crisi del debito, tra cui l'Italia, hanno adottato una serie di misure di contenimento della spesa sanitaria pubblica, prevedendo l'inasprimento delle compartecipazioni alla spesa da parte degli utenti. L'obiettivo perseguito è stato non tanto il controllo della domanda inappropriata di prestazioni (riduzione del *moral hazard*), quanto quello di reperire nuove fonti di finanziamento allentando le pressioni sul bilancio pubblico. Ciò ha determinato una serie di inefficienze, oltre a provocare effetti negativi sull'accesso ai servizi sanitari pubblici soprattutto per le fasce sociali maggiormente colpite dalla crisi economica: l'uso non attento e calibrato del *cost-sharing* può infatti disincentivare l'accesso a cure necessarie e appropriate. Peraltro, l'aggiornamento dinamico dei LEA, per adeguare la copertura pubblica all'evoluzione dei bisogni in modo da equilibrare obiettivi di qualità ed esigenze di sostenibilità di lungo periodo del SSN, probabilmente richiederà anche una maggiore responsabilizzazione finanziaria dei cittadini-utenti attraverso il ricorso alle compartecipazioni. È tuttavia necessario calibrare bene questo strumento di controllo diretto della domanda, tenendo conto delle diverse caratteristiche di salute e di condizione economica dei pazienti, in modo da sfruttarne al meglio le potenzialità in termini di aumento dell'efficienza (contenimento dei consumi sanitari inappropriati) e riducendo al massimo gli effetti negativi sull'equità, nella consapevolezza che un efficace governo della domanda richiede comunque anche altri strumenti volti a responsabilizzare e incentivare i medici prescrittori.

Prendendo spunto dal recente dibattito su una possibile revisione completa del sistema di compartecipazioni esistente nel SSN italiano, il presente contributo ha esaminato – sotto il profilo dell'analisi teorica – i possibili effetti del passaggio da un sistema di *cost-sharing* basato sui ticket con esenzioni per reddito e patologia (analogo a quello attualmente esistente in Italia) ad un sistema basato sull'applicazione di una franchigia in assenza di esenzioni per reddito o patologia.

Secondo i sostenitori del nuovo approccio, un sistema con franchigia di questo tipo presenterebbe in linea di principio due vantaggi: in primo luogo, consentirebbe di limitare la spesa complessiva per ticket sostenuta dai pazienti, tutelandoli contro il rischio di dover sostenere pesanti esborsi finanziari in caso di eventi gravi o ricorrenti; in secondo luogo,

eliminarrebbe i costi amministrativi di accertamento e gestione delle esenzioni. Tuttavia, la nostra analisi ha mostrato come tale sistema con franchigia appaia inferiore ad un sistema basato sui ticket con esenzioni sia sotto il profilo dell'efficienza allocativa (il controllo del *moral hazard* è meno efficace) che dell'equità (aumenta la probabilità che le persone a basso reddito non riescano ad accedere ai livelli essenziali di assistenza). Per garantire l'equità distributiva, si potrebbe allora pensare di mantenere le esenzioni per reddito e patologia anche con il sistema con franchigia oppure di prevedere franchigie commisurate al reddito, con aliquote progressive e crescenti al crescere del reddito. In tal caso però, oltre a perdere il vantaggio di ridurre i costi di amministrazione del sistema, rimane comunque la minore efficacia della franchigia (rispetto al ticket) nel controllare i fenomeni di *moral hazard* che si possono manifestare nel caso di prestazioni sanitarie a domanda elastica.

Sono stati inoltre esaminati altri due possibili sistemi di *cost-sharing*: l'applicazione di ticket modulati a seconda del reddito e la definizione di massimali di spesa a carico del SSN calibrati in base alle caratteristiche e ai bisogni dei pazienti. Entrambi i sistemi risultano efficaci nel controllare il *moral hazard* e potrebbero aumentare il livello di equità distributiva rispetto ad un sistema con franchigia oppure ad un sistema con ticket che non prevedano differenziazioni delle compartecipazioni in base al reddito. A fronte di questi vantaggi, i due sistemi presenterebbero tuttavia lo svantaggio di una maggiore complessità di gestione e amministrazione.

Bibliografia

- A. ARON-DINE, L. EINAV, A. FINKELSTEIN, *The Rand health insurance experiment, three decades later*, «Journal of Economic Perspectives», 2013, 27, 1, pp. 197-222.
- K. ARROW, *Uncertainty and the welfare economics of medical care*, «American Economic Review», 53, 1963, pp. 941-973.
- K. ARROW, *The economics of moral hazard: further comment*, «American Economic Review», 58, 1968, pp. 537-539.
- R. ARTONI, *Elementi di Scienza delle finanze*, Il Mulino, Bologna, 2010, cap. VIII.
- A. AUSTVOLL-DAHLGREN, M. AASERUD, G.E. VIST, C. RAMSAY, A.D. OXMAN, H. STURM, J.P. KÖSTERS, A. VERNBY, *Pharmaceutical policies: effects of cap and co-payment on rational drug use (Review)*, «The Cochrane Library», 3, 2009.
- K. BAICKER, D. GOLDMAN, *Patient cost-sharing and healthcare spending growth*, «Journal of Economic Perspectives», 2011, 25 (2), pp. 47-68.
- M.L. BARER, R.G. EVANS, C. HERTZMAN, M. JOHRI, *Lies, damned lies and health care zombies: discredited ideas that will not die*, «Health Policy Institute», Discussion Paper 10, March 1998, The University of Texas, Houston.

- F. BARIGOZZI, *Assicurazione sanitaria*, «Rivista di Politica economica», 2006, IX-X, settembre-ottobre, pp. 217-256.
- A. BLOMQUIST, *Optimal non-linear health insurance*, «Journal of Health Economics», 16, 1997, pp. 303-321.
- R.H. BROOK, *Appropriateness: the next frontier*, «British Medical Journal», 308, 1994, pp. 218-219.
- J. BUCHANAN, *The Inconsistencies of the National Health Service*, «Institute of Economic Affairs», IEA Occasional Papers, 1965, London.
- V. CARRIERI, *The effects of cost-sharing in health care: what do we know from empirical evidence?*, «Economia Politica», 27, 2010, pp. 351-374.
- A. CHANDRA, J. GRUBER, R. MCKNIGHT, *Patient cost-sharing and hospitalization offsets in the elderly*, «American Economic Review», 100, 1, 2010, pp. 193-213.
- M.E. CHERNEW, A.B. ROSEN, A.M. FENDRICK, *Value-based insurance design*, «Health Affairs», 26, 2, 2007, pp. w195-w203.
- M.E. CHERNEW ET AL., *Evidence that value-based insurance can be effective*, «Health Affairs», 29, 3, 2010, pp. 530-536.
- C. CISLAGHI, G. COSTA, *Ma i ticket sono davvero la cura giusta per la sanità?*, «Il Sole24Ore Sanità», 12 settembre 2006.
- C. CISLAGHI, F. GIULIANI, *La terza via? Franchigia per tutti tarata sul reddito*, «Il Sole24Ore Sanità», 24-30 aprile 2012, pp. 14-15.
- C. CISLAGHI, A. SFERRAZZA, *Gli effetti della crisi economica e del super ticket sull'assistenza specialistica*, AGENAS-Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, Roma, 2013.
- J. COSTA FONT, M. GEMMILL TOYAMA, *Does cost-sharing really reduce inappropriate prescriptions among the elderly?*, «Health Policy», 101, 2011, pp. 195-208.
- D.M. CUTLER, R. ZECKHAUSER, *Insurance markets and adverse selection*, in A.J. CUTLER AND J.P. NEWHOUSE (a cura di), «Handbook of Health Economics», 11, 2000, pp. 563-643.
- E. DOCTEUR, H. OXLEY, *Health-system reform: lessons from experience*, in OECD, *Towards high-performing health systems*, Paris, The OECD Health Project, Policy Studies, 2004, 1, pp. 19-85.
- M. DRUMMOND, A. TOWSE, *Is it time to reconsider the role of patient co-payments for pharmaceuticals in Europe?*, «European Journal of Health Economics», 13, 2012, pp. 1-5.
- J. ESPIN, J. ROVIRA, *Analysis of differences and commonalities in pricing and reimbursement systems in Europe. Final Report*, European Commission, June 2007.
- R.G. EVANS, M.L. BARER, G.L. STODDART, *User fees for health care: why a bad idea keeps coming back (or what's health got to do with it?)*, «Canadian Journal on Aging», 14, 2, 1995.
- P.J. FELDSTEIN, *Health care economics*, Thomson, Delmar Learning, New York, 2005.
- C.V. FLORIO, L. SICILIANI, *Co-payments and the demand for pharmaceuticals: evidence from Italy*, «Economic Modelling», 27, 2010, pp. 835-841.
- S. FOLLAND, A.C. GOODMAN, M. STANO, *The economics of health and healthcare*, Pearson Education International, Prentice Hall, 2004.
- J. HOLST, *Patient cost sharing. reforms without evidence: theoretical considerations and empirical findings from industrialized countries*, Discussion Paper

- SPI 2010-303, Social Science Research Center Berlin (wzb), November 2010.
- R. LEVAGGI, S. CAPRI, *Economia sanitaria*, FrancoAngeli, Milano, 2010, cap. 5.
- C.A. MA, M.H. RIORDAN, *Health Insurance, Moral Hazard, and Managed Care*, «JOURNAL OF ECONOMICS & MANAGEMENT STRATEGY», 1, 2002, pp. 81-107.
- W.G. MANNING, S.M. MARQUIS, *Health insurance: the trade-off between risk pooling and moral hazard*, «Journal of Health Economics», 15, 1996, pp. 609-639.
- W.G. MANNING, J.P. NEWHOUSE, N. DUAN, E.B. KEELER, A. LEIBOWITZ, M.S. MARQUIS, *Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment*, «American Economic Review», 77, 3, June 1987, pp. 251-277.
- G. MURARO, *I metodi economici di controllo della spesa sanitaria: possibile ruolo del ticket*, in G. MURARO (a cura di), «Problemi finanziari del Servizio Sanitario Nazionale», FrancoAngeli, Milano, 1987, pp. 225-243.
- G. MURARO, *Federalismo fiscale e sanità nella crisi dello stato sociale*, «Rivista di Diritto finanziario e Scienza delle finanze», 57, 3, 2003, pp. 349-384.
- G. MURARO, V. REBBA, *La sanità del futuro: spesa, occupazione e rapporto pubblico-privato*, «Atti dei Convegni Lincei», 172, 2001, pp. 171-202.
- G. MURARO, V. REBBA, *Il finanziamento della sanità nei paesi dell'OCSE: struttura e dinamica*, «Politiche Sanitarie», 9, 3, 2008, pp. 121-132.
- OECD, *Value for money in health spending*, OECD Health Policy Studies, Paris, 2010.
- F. PAMMOLLI, N.C. SALERNO, *Il copayment a difesa del sistema sanitario universale*, «CERM - Competitività, Regolazione, Mercati», Nota 8/2006, Roma, 2006.
- M.V. PAULY, *The economics of moral hazard: comment*, «American Economic Review», 58, 1968, pp. 531-537.
- M.V. PAULY, *Taxation, health insurance, and market failure in the medical economy*, «Journal of Economic Literature», 24, 2, 1986, pp. 629-675.
- M.V. PAULY, F.E. BLAVIN, *Moral hazard in insurance, value-based cost sharing, and the benefits of blissful ignorance*, «Journal of Health Economics», 27, 2008, pp. 1407-1417.
- V. REBBA, *I ticket sanitari: strumenti di controllo della domanda o artefici di disuguaglianze nell'accesso alle cure?*, «Politiche Sanitarie», 10, 4, 2009, pp. 221-242.
- V. REBBA, G. MURARO, N. DIRINDIN, *I ticket nel Servizio Sanitario Nazionale: alcune riflessioni per un dibattito*, «Politiche Sanitarie», 12, 3, 2011.
- V. REBBA, D. RIZZI, *Waiting times and cost sharing for a public health care service with a private alternative: a multi-agent approach*, Department of Economics, Ca' Foscari University of Venice, 18/WP/2011, 2011, pp. 1-19.
- V. REBBA, D. RIZZI, *Ticket e gestione delle liste di attesa per una prestazione specialistica ambulatoriale pubblica in presenza di un'alternativa privata: un modello agent-based*, «Politiche Sanitarie», 13, 1, 2012a, pp. 19-30.
- V. REBBA, D. RIZZI, *Una leva a rischio di sottoconsumo sanitario*, «Il Sole24Ore Sanità», 17-23 aprile 2012, 2012b, p. 9.
- S. SHAVELL, *On moral hazard and insurance*, «Quarterly Journal of Economics», 93, 1979, pp. 541-562.
- C. SORENSON, M. DRUMMOND, P. KANAVOS, *Ensuring value for money in health care: the role of health technology assessment in the european union*, WHO Regional

- Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen, 2008.
- R. TAMBLYN, R. LAPRISE, J.A. HANLEY ET AL., *Adverse events associated with prescription drug cost sharing among poor and elderly persons*, «Journal of American Medical Association», 285, 4, 2001, pp. 421-429.
- R. ZECKHAUSER, *Medical insurance: a case study of the tradeoff between risk spreading and the appropriate incentives*, «Journal of Economic Theory», 2, 10-26, 1970.
- P. ZWEIFEL, F. BREYER, M. KIFMANN, *Health economics*, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg, 2009.
- P. ZWEIFEL, W.G. MANNING, *Moral hazard and consumer incentives in health care*, in A.J. CULYER, J.P. NEWHOUSE (a cura di), *Handbook of Health Economics*, Elsevier, North Holland, Amsterdam, 2002, 1a, cap. 8.

Abstract

Following the recent debate on the Italian National Health Service (NHS) revision of the copayment system, this chapter provides a theoretical analysis of the effects of moving from a cost-sharing system based on copayments, with exemptions for low income and chronic conditions (like the current Italian one), to a system based on a deductible without exemptions. In principle, the system based on the deductible would have two advantages: 1) it could limit patients' cost-sharing total expenditure, protecting them against the high financial risk they would incur in the event of severe or frequent illness episodes; 2) it could cut the administrative cost of cost-sharing exemptions. However, the system with a deductible presents drawbacks both in terms of allocative efficiency (the control of moral hazard is less effective) and in terms of equity (higher probability that low income patients reduce their health care consumption below the appropriate level). Other two systems of cost-sharing are then analysed: a system of copayments differentiated according to patients' income and a maximum NHS coverage system based on patients' characteristics and health needs. Both systems are effective in limiting moral hazard, while ensuring higher equity than systems without income differentiation in cost-sharing. However, both systems are characterised by higher administrative costs.