



M.E.P.Sa. WORKING PAPER SERIES

Working Paper n°8/2008

Sistemi sanitari: un'analisi comparata

Federica Minardi - Laureanda in Facoltà di Economia, Università
degli Studi di Torino

e-mail: federica.minardi@libero.it

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO
FACOLTA' DI ECONOMIA
CORSO DI LAUREA IN ECONOMIA AZIENDALE

RELAZIONE DI LAUREA

SISTEMI SANITARI: UN'ANALISI COMPARATA

Relatore:

Dott.ssa Cinzia DI NOVI

Candidato:

FEDERICA MINARDI

Anno accademico 2007-08

Indice

1. Introduzione
2. Sistemi sanitari pubblici vs. sistemi sanitari privati
 - 2.1 *La spesa sanitaria*
3. Il sistema sanitario privato
 - 3.1. *Il sistema sanitario americano*
 - 3.1.1 *Le assicurazioni private negli USA*
 - 3.1.2 *Le assicurazioni pubbliche negli USA*
 - 3.1.3 *Altri tipi di assicurazioni sanitarie*
4. Il sistema sanitario pubblico
 - 4.1 *Il sistema sanitario italiano*
 - 4.2 *Il sistema sanitario svedese*
5. I sistemi sanitari "misti"
 - 5.1 *Il sistema sanitario inglese*
 - 5.1.1 *UK vs. USA*
 - 5.2 *Il sistema sanitario olandese*
6. Conclusioni
7. Bibliografia

1. Introduzione

I sistemi sanitari rappresentano una realtà importante per il sistema governativo ed i cittadini di ogni paese.

In questo lavoro sono stati analizzati diversi tipi di sistemi: i sistemi privati, nei quali è il mercato assicurativo l'elemento preponderante; i sistemi pubblici, nei quali è lo Stato ad avere un ruolo preminente; i sistemi misti, i quali uniscono l'obbligo di acquistare un'assicurazione sanitaria alla presenza di strutture pubbliche alle quali rivolgersi.

Lo scopo dell'analisi comparata dei sistemi sanitari, oggetto di questo lavoro, è cercare di capire quale sia il migliore, sia in termini di efficienza economica che di equità, attraverso l'uso di esempi "pratici" riguardanti la realtà di alcuni paesi, scelti appositamente a causa delle caratteristiche del loro sistema, le quali li fanno rientrare in una delle tre tipologie poc'anzi presentate.

Per efficienza economica si intende un rapporto positivo tra costi generati dalla sanità ed il PIL (Prodotto Interno Lordo) nazionale. Molto importante resta, però, la qualità del servizio offerto, che spesso, purtroppo, viene trascurata nella gestione del sistema sanitario, preferendo incentrare i propri sforzi sull'economicità.

Il discorso sulla qualità avvicina il campo di analisi a quelle che sono le necessità degli utenti del servizio e, quindi, porta ad occuparsi, anche, di equità. L'equità è essenzialmente legata all'accessibilità alle cure, più o meno facilitata dalle regole imposte dal sistema stesso, per coloro i quali sono utenti del servizio. Questo aspetto risulta essere centrale, soprattutto se si considera che il punto di vista di coloro i quali usufruiscono di un servizio come la sanità, così vicino alle esigenze

personali, ed è, forse, il più interessante, al fine di giudicare il sistema stesso.

Da queste poche considerazioni è possibile desumere quanto equità ed efficienza siano elementi fondamentali al fine di dare un giudizio su un sistema sanitario, ma, allo stesso tempo, quanto il primo elemento riesca a prevalere sul secondo, considerando, come ricordato poco fa, il tipo di servizio offerto da un sistema sanitario, ossia un servizio che è possibile definire "strettamente personale".

Il lavoro di tesi seguente è diviso in quattro sezioni. La sezione 1 è incentrata su una presentazione delle tipologie estreme di sistema sanitario (privato e pubblico), con una riflessione aggiuntiva sul problema legato alla spesa sanitaria ed al suo contenimento.

La sezione 2 descrive il sistema sanitario privato in tutte le sue caratteristiche. Il paese a cui si fa riferimento, al fine di esemplificare il tipo di sistema e trovarne, quindi, un riscontro nella realtà, sono gli Stati Uniti; un ulteriore approfondimento viene fatto in merito al sistema assicurativo privato, ai piani assicurativi pubblici, garantiti dallo Stato, solo se vi sono particolari condizioni, ed ai piani privati acquistati in casi particolari, come le lungo-degenze.

La sezione 3 si occupa, invece, del sistema pubblico e del suo funzionamento. In questo caso i paesi presi come esempio, al fine di rendere reale ciò che è stato solo spiegato in teoria, sono due, ossia Italia e Svezia. Tali paesi hanno un funzionamento molto simile, anche se le performance risultano differenti; va considerata, però, la diversa demografia dei paesi a confronto, in quanto la Svezia ha, certamente, un numero di abitanti inferiore rispetto all'Italia.

La sezione 4, infine, tratta dei sistemi sanitari misti, i quali incorporano caratteristiche di entrambe le tipologie estreme di sistema sanitario descritte nelle sezioni precedenti. Regno Unito

ed Olanda sono, in questo caso, i paesi utilizzati come esempio, al fine di comprendere ancor meglio il funzionamento di questi particolari tipi di sistema sanitario.

Il lavoro di tesi si conclude con alcune considerazioni personali attraverso le quali si tenta di dare un giudizio su quale sistema sanitario sia effettivamente il migliore.

2. Sistemi sanitari pubblici vs. sistemi sanitari privati

I sistemi sanitari presentano caratteristiche che li rendono non assimilabili agli altri mercati di beni e servizi.

Essi sono caratterizzati dalla informazione limitata che i consumatori hanno sul bene che acquistano (le decisioni dei consumatori dipendono dalle indicazioni dei venditori stessi) e dai principi equitativi diffusi, per i quali tutti devono avere accesso alle cure mediche indipendentemente dalla loro posizione reddituale.

Qualsiasi sia l'organizzazione del sistema sanitario locale, il beneficiario del servizio paga solo una parte delle spese totali da sostenere, in quanto tali spese sono piuttosto alte e aumentano con la complessità della prestazione ricevuta. I mezzi attraverso cui è possibile pagare solo una parte delle spese totali, sono le assicurazioni sanitarie, in un sistema privato, e i meccanismi di finanziamento pubblico, nel caso di un sistema pubblico.

Come sopra accennato, vi sono due modelli estremi di sistemi sanitari, oltre ai quali esistono modelli "misti" che incorporano alcune caratteristiche di entrambi. Tali modelli sono:

- sistemi sanitari privati
- sistemi sanitari pubblici.

I sistemi sanitari privati si fondano su un meccanismo assicurativo mentre quelli pubblici si fondano su finanziamenti statali obbligatori e servizi forniti presso strutture di proprietà collettiva.

Qualsiasi sia il modello di sistema sanitario lo Stato deve intervenire come regolatore, a causa di molteplici ragioni.

In particolare, un problema molto sentito in questo tipo di mercato è l'asimmetria informativa, ovvero la mancanza di informazione completa e rilevante ad entrambe le parti.

Fin dal seminale articolo di Akerlof (1970), nato grazie al modello del mercato delle "auto bidone", e dall'articolo di Rothschild e Stiglitz (1976) ampia attenzione è stata dedicata al tema dell'asimmetria informativa.

Akerlof, in particolare, trattò di asimmetria informativa per quanto riguarda le assicurazioni sanitarie.

Le compagnie assicurative non conoscono il profilo di rischio dei clienti ed ottenere questa informazione risulta difficile ed assai costoso. Per questo motivo, il prezzo delle assicurazioni viene fissato come medio (la media tra il premio per i clienti a basso e per quelli ad alto rischio). È facilmente intuibile che i clienti a basso rischio troveranno il premio troppo elevato per le loro esigenze e decideranno di non acquistare l'assicurazione, con conseguenza, la presenza sul mercato di soli clienti ad alto rischio (i clienti peggiori spiazzano quelli migliori). Premi e rischiosità dei clienti saranno, così, in continuo aumento.

Al fine di evitare questi problemi, si usa il meccanismo della coassicurazione, dove i clienti partecipano alla spesa sanitaria in percentuale a tale spesa o attraverso una somma fissa.

Solo in questo modo, essi saranno portati a rivelare il loro profilo di rischio.

I clienti più rischiosi preferiranno avere assicurazioni più complete, anche se più onerose, a causa delle loro aspettative di spesa elevata; i clienti meno rischiosi preferiranno avere assicurazioni meno costose, anche se incomplete, a causa delle loro basse aspettative di spesa;

Dal momento che l'asimmetria informativa crea mal funzionamento del mercato (come stato evidenziato dallo stesso Akerlof) si può facilmente comprendere il motivo dei vari interventi dello Stato sul mercato sanitario. Tali interventi sono:

- protezione dei pazienti attraverso la regolazione dell'accesso alla professione, riservato a persone che abbiano una particolare qualifica e la sovrintendenza alla tenuta degli albi professionali (forme di intervento indiretto);
- protezione della classe medica dai problemi e dai rischi che potrebbero conseguire alla prescrizione di nuove cure e terapie, grazie a periodi di sperimentazione obbligatori;
- imposizione di limiti alla possibilità di attrarre clienti attraverso concorrenza di prezzo o campagne pubblicitarie: il consumatore, tecnicamente impreparato, non è in grado di comprendere i motivi che stanno alla base delle differenze di prezzo e pubblicità.

L'asimmetria informativa è, comunque, circoscrivibile quando, per conto del paziente, agisce un operatore qualificato, quale il medico di base, come avviene in alcuni paesi (es. Regno Unito).

2.1 La spesa sanitaria

La spesa sanitaria ha un peso notevole sul prodotto interno lordo dei paesi. Si è potuto notare che i paesi maggiormente sviluppati hanno una spesa sanitaria maggiore dovuta sia al numero e ad una qualità più elevata delle cure, sia al maggiore invecchiamento della popolazione e conseguentemente all'aumento dei ricoveri (2004, indagine OCSE - Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico).

Nei sistemi sanitari in cui le decisioni in merito alle prestazioni fornite sono riservate esclusivamente ai medici di base, è facile che sia attivata un'ampia espansione della spesa sanitaria. Questa espansione è dovuta alla presenza di principi deontologici, (il paziente deve ottenere sempre le migliori cure disponibili), di elementi legati al prestigio professionale del

personale medico e di sistemi di pagamento del personale ospedaliero, che tendono a far aumentare la spesa.

I sistemi di pagamento cui si accenna sopra sono:

- pagamento per prestazione (fee for service). Definizione dell'importo da pagare e pagamento avvengono sulla base delle cure effettivamente somministrate e in base ad un tariffario fisso (alta qualità nelle prestazioni ma alta spesa in quanto, spesso c'è impiego di risorse in terapie inutili);
- Raggruppamento Omogeneo Diagnostico (ROD o DRG o Diagnostic Related Groups). Il pagamento avviene sulla base di una diagnosi formulata prima di iniziare la cura e che colloca il paziente in un certo "gruppo" cui corrisponde un importo da pagare (rischio di formulazione di diagnosi scorrette al fine di ottenere pagamenti più elevati); questo sistema è tipico del caso italiano;
- quota capitaria (capitation). L'operatore sanitario riceve una quota fissa per paziente (bassa qualità delle prestazioni ed incentivo ad evitare i pazienti più rischiosi).

Il problema che sembra utile discutere è, dunque, il contenimento di tale spesa sanitaria.

In un sistema basato essenzialmente sulle assicurazioni private come negli USA, ad esempio, sono state introdotte negli anni '70 le Health Maintenance Organizations (HMOs), meccanismi di pagamento del personale medico capaci di creare attenzione alla dimensione economica dell'intervento sanitario (si tratterà di questi meccanismi in seguito).

Gli HMOs hanno permesso di ridurre la spesa sanitaria per i privati (in quanto sono piani meno flessibili nella loro composizione ma meno costosi per chi li acquista) e il numero dei ricoveri, ma si è compreso, poi, il motivo reale che ha portato a questi risultati positivi: si limitava l'accesso a tali piani di assicurazione solo ai pazienti a minor rischio di malattia

innescando il fenomeno noto in letteratura come *cream skimming*¹ (Levaggi, 2004; Artoni, 2007).

Da queste considerazioni è possibile comprendere quanto sia difficile risolvere tutti i problemi tipici di un sistema sanitario, sia pubblico che privato, contenendo, inoltre, le spese senza alcuna discriminazione nei confronti dei pazienti in base a reddito o condizione di salute.

3. Il sistema sanitario privato

Il sistema sanitario privato, come precedentemente ricordato, si fonda sulle assicurazioni sanitarie. Lo Stato può porsi come controparte dei mercati assicurativi privati come regolatore di queste attività, incentivandone il funzionamento attraverso incentivi fiscali o sostituendosi ad essi in caso di loro inadeguata funzionalità.

Lo stato di salute individuale è dominato da incertezza e questo rende la spesa sanitaria una deduzione casuale dal reddito (soprattutto nei sistemi sanitari in cui vi è una prevalenza del settore privato e le assicurazioni sono volontarie). Per evitare i possibili shocks disastrosi del reddito, gli individui avversi al rischio si assicureranno. L'individuo è avverso al rischio quando è disposto a rinunciare a una parte del suo reddito (pagando un premio) per ridurre l'incertezza sulla situazione futura (questa situazione garantisce ad un individuo avverso al rischio una maggiore utilità).

Le compagnie assicurative, dunque, devono saper soddisfare l'esigenza di stabilità futura della domanda di assicurazione.

L'assicurazione sanitaria ha due importanti funzioni.

¹ Le compagnie assicurative fanno *cream skimming* quando offrono piani assicurativi che tendono ad attrarre solo individuali potenzialmente sani. Un esempio reale di "*cream skimming*", consiste nel non includere farmaci o visite specialistiche nel piano assicurativo, includendo, invece, abbonamenti o sconti per fitness club o, ancora la compagnia assicurativa tenderà a fornire servizi scadenti agli individui con profilo ad alto rischio.

La prima, come già ribadito sopra, è quella di eliminare in tutto o in parte il rischio, a seconda della polizza sanitaria.

La seconda, invece, è il "risk-pooling", un sistema di tipo mutualistico in base al quale sia gli individui sani che quelli malati pagano un premio, ed i fondi derivanti dal pagamento dei premi saranno utilizzati dalla compagnia assicurativa per coprire le spese sanitarie di chi si ammala (AHRQ, consumer guide).

Il tipo di copertura offerto dalle assicurazioni può essere completa, quando il risarcimento pattuito copre interamente il danno subito, oppure parziale, quando il risarcimento è minore del danno.

Il primo tipo di copertura è utile solo in caso di premi attuarialmente equi, e cioè pari alla probabilità che si realizzi l'evento negativo. Nella realtà, però, i premi non sono mai equi, in quanto comprendono anche le spese generali e amministrative sostenute dalle compagnie assicurative. Da qui la scelta di coperture parziali dei rischi, in quanto il premio pagato supera la probabilità dell'evento negativo

Una copertura completa è certamente ottima ma per poterla ottenere devono sussistere delle condizioni precise, quali:

- perfetta indipendenza dei rischi (ipotesi reale nel mercato sanitario, fatta eccezione per le epidemie);
- premi equi;
- nessuna spesa aggiuntiva per le compagnie assicurative;
- omogeneità della popolazione;
- informazione simmetrica.

Tolta la prima condizione, le altre sono di difficile applicazione alla realtà.

La popolazione è necessariamente non omogenea, in quanto suddivisa in base alle fasce di età ed, anche, al reddito. I mercati assicurativi privati tendono, però, a non assicurare le persone a più elevata rischiosità (in particolare gli anziani ed i malati

terminali) o quelle con reddito più basso, lasciando la responsabilità di questi individui al settore pubblico (da qui le assicurazioni pubbliche tipiche del sistema americano).

La mancata simmetria informativa porta a due classi di conseguenze negative, quali la selezione avversa e l'azzardo morale.

La selezione avversa nasce dalla mancanza di informazioni delle compagnie assicurative sulla rischiosità dei clienti. Non potendo distinguerli in base alla loro rischiosità (profili ad alto o basso rischio), queste tendono a fissare dei premi "medi" uguali per tutti e, di conseguenza, i clienti meno rischiosi saranno indotti a non assicurarsi. Conseguenza: gli individui con profilo ad alto rischio domineranno il mercato. Tale fenomeno portato agli estremi fa sì che restino sul mercato solo i clienti maggiormente rischiosi e con problemi di assicurabilità e/o di capacità di pagamento; i clienti meno rischiosi resteranno, invece, senza copertura assicurativa (Rothschild e Stiglitz, 1976).

Si può comprendere la necessità di creare dei contratti specifici per ogni categoria di rischio, al fine di cercare di coprire la totalità dei clienti. Attraverso la classificazione dei rischi, è possibile individuare quali categorie non sono assicurabili presso assicurazioni private, e che, di conseguenza, vengono lasciate all'intervento dello Stato (fenomeno del *cream-skimming*, le imprese assicuratrici scelgono solo i rischi migliori).

Dalla letteratura di Rothschild e Stiglitz sulle asimmetrie informative e la selezione avversa, è emerso che il mercato assicurativo si muove tra due ipotesi opposte. Con informazione simmetrica, la copertura è completa e i premi sono attuarialmente equi, ma non viene coperta l'intera popolazione. Con informazione asimmetrica, invece, la copertura è completa solo per alti rischi, mentre è parziale per quelli bassi: l'assicurazione è riservata a livelli di rischio moderatamente alto.

L'azzardo morale è un tipo di comportamento opportunistico che porta l'assicurato a richiedere benefici maggiori rispetto a

quelli necessari od a ridurre le attività di prevenzione dell'evento negativo. Questi comportamenti sono presenti nel caso in cui esista asimmetria informativa, in quanto l'impresa assicuratrice non è in grado di controllare qual è il comportamento del cliente dopo la stipulazione del contratto (opportuno post-contrattuale).

Il perpetuarsi di tali situazioni porta le assicurazioni ad avere esborsi maggiori dei premi incassati e, conseguentemente, ad uscire dal mercato: il mercato assicurativo fallirebbe.

Al fine di ovviare a tali problemi, sono stati creati sistemi di compartecipazione al costo delle cure mediche da parte degli assicurati, attraverso due metodi:

- il deducibile (*deductible*), importo che rimane in ogni caso a carico del cliente e al di sopra del quale è l'assicurazione a pagare:
- la coassicurazione (*coinsurance rate*), una percentuale dell'importo resta a carico del cliente.

E' interessante notare come, sistemi di compartecipazione dell'assicurato alle spese, esistano, anche, in sistemi pubblici. Ad esempio, per quanto riguarda il sistema sanitario italiano, esiste la compartecipazione attraverso i ticket. I ticket sono costi associati alle prestazioni fornite dal Sistema Sanitario Nazionale, simili ad una tassa fissa, i quali coprono solo una piccola parte della spesa sanitaria reale di ogni individuo.

Resta l'importanza del non aumentare troppo il livello di compartecipazione, al fine di evitare il venir meno dei motivi che fanno nascere la necessità di una polizza assicurativa.

Nel paragrafo successivo verrà trattato il funzionamento del più importante tra i sistemi sanitari di tipo privato: il sistema sanitario americano.

3.1 Il sistema sanitario americano

Il sistema sanitario americano è caratterizzato dalla presenza di assicurazioni sanitarie private e da piani di copertura della spesa sanitaria pubblici, riservati solo ad alcune specifiche categorie di individui.

Tale sistema ha subito significativi cambiamenti a partire dagli anni '70.

Le prime forme di assicurazione sanitaria privata furono le *indemnity insurance* o *fee for service* (prevedevano il pagamento di un deducibile e della compartecipazione alla spesa sanitaria²), evolute poi nei piani di *managed care*, come gli HMOs, caratterizzati da maggiore rigidità ma da premi più bassi.

Per quanto riguarda i piani pubblici (Medicare e Medicaid), sono offerti, principalmente, piani per la copertura di servizi sanitari con riferimento agli over 65, disabili e persone con malattie renali all'ultimo stadio, di persone con redditi molto bassi e di bambini appartenenti a famiglie con reddito basso, ma non abbastanza da rientrare nel Medicaid (SCHIP - State Children's Health Insurance Program).

Interessanti sono i dati raccolti dall'U.S. Bureau Census (2006), secondo i quali l'84% della popolazione americana ha un'assicurazione sanitaria, ma ben il 16% risulta privo di questa copertura. Questa situazione è alquanto allarmante considerando che, spesso coloro i quali restano scoperti sono i più poveri e malati.

Successivamente, saranno presentati i vari tipi di assicurazioni sia private che pubbliche, nonché alcuni piani creati appositamente per condizioni individuali particolari.

3.1.1 Le assicurazioni private negli USA

² Si veda pagine 8 - 9.

Le assicurazioni private sono quelle offerte dalle compagnie assicurative.

Vista la crescita notevole dei costi legati alla salute e l'imprevedibilità della condizione futura, sembra essere diventata indispensabile la stipula di un contratto assicurativo per ogni individuo/famiglia.

Una prima e generica distinzione può essere fatta tra *group insurance* e *individual insurance*.

La prima è l'assicurazione acquistabile direttamente tramite il proprio datore di lavoro o l'associazione/organizzazione di cui l'individuo fa parte (viene, qualche volta, fornita la possibilità di scegliere fra diversi piani assicurativi, ma spesso questa possibilità viene meno e il piano a disposizione è uno solo). Soprattutto nel caso in cui l'assicurazione sia fornita dal datore di lavoro, questa è molto più conveniente delle normali assicurazioni private in quanto parte del premio viene pagato dallo stesso datore di lavoro, così da diminuire l'esborso per il lavoratore.

Le *individual insurance*, invece, sono rivolte a coloro i quali non rientrano in una *group insurance*. Tali soggetti, solitamente lavoratori autonomi, possono acquistare un'assicurazione presso compagnie private (avendo, così, un'ampia scelta tra molteplici piani assicurativi), perdendo, però, il vantaggio di un premio di importo più basso, anche se è, per loro, possibile dedurlo dal reddito tassabile (agevolazioni fiscali).

Coloro i quali non possono permettersi un'assicurazione privata e non rientrano nelle *group insurance* sono costretti a rivolgersi allo Stato e quindi ai piani assicurativi pubblici; l'accesso a questi piani è, però, molto complicato, poiché i requisiti sono particolarmente stringenti, quindi il rischio è di rimanere sprovvisti di copertura.

È facilmente intuibile come il fenomeno della selezione avversa, precedentemente affrontato, sia presente, soprattutto, nelle *individual insurance*, in quanto i piani assicurativi offerti sono numerosi e differenziati tra di loro. I consumatori sono in grado di scegliere il piano loro più congeniale, in base al loro profilo di rischio (quindi, al loro stato di salute), senza che le compagnie assicurative siano in grado di fare discriminazioni di alcun tipo, avendo informazioni insufficienti a distinguere i profili di rischio. Nelle *group insurance*, invece, questo non è possibile a causa della scarsità del numero di piani offerti (molto spesso uno solo).

Altra distinzione, che si riferisce, invece, i tipi di piani acquistabili da compagnie private, direttamente o attraverso datore di lavoro/associazioni, è quella tra *indemnity insurance* e *managed care*.

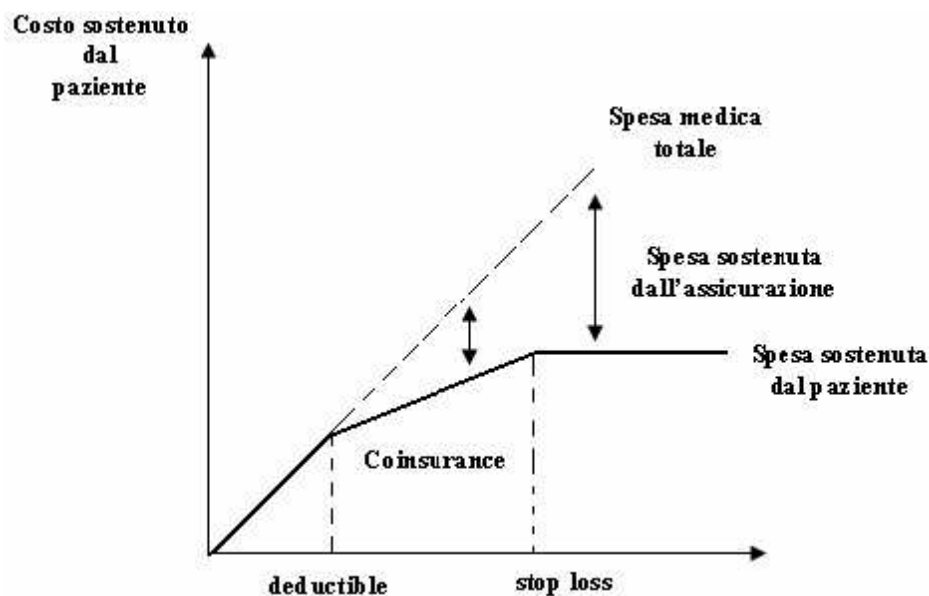
I due piani hanno alcune caratteristiche comuni: comprendono ampie liste di medici e strutture ospedaliere alle quali rivolgersi (strutture e personale inclusi nel piano assicurativo); comprendono liste di farmaci la cui spesa viene rimborsata dall'assicurazione; coprono in parte alcune spese particolari, come le spese per visite dentistiche.

I due piani presentano, ovviamente, anche alcune differenze, concernenti, soprattutto, ciò che è compreso nel piano e come vengono pagate la fatture medico-ospedaliere.

Le *indemnity insurance* (o *fee for services* o *traditional health insurance*) sono le assicurazioni più comuni e di stampo più antico. Questi piani sono molto flessibile, in quanto consentono di scegliere qualsiasi medico/ospedale si preferisca, riferendosi, in prima battuta, al proprio medico generico di base. Quest'ultimo non sarà costretto ad emettere le "ricette" per le visite specialistiche o gli esami, anche se potrebbero essere utili per

il paziente stesso, al fine di avere una sorta di promemoria delle proprie spese sanitarie.

Lo schema sotto riportato mostra come si muove la spesa sostenuta dal paziente rispetto a quella totale in questo tipo di piani.



Finché la spesa medica rimarrà nell'area del *deductible*, sarà il paziente a doverla sostenere interamente; nell'area del *coinsurance*, invece, il paziente concorrerà al pagamento solo per una certa percentuale, solitamente il 20% della spesa totale, mentre la restante parte sarà a carico dell'assicurazione. Il punto di *stop loss* indica il momento dal quale il paziente non pagherà più nulla, in quanto sarà l'assicurazione a rimborsare interamente le spese.

Come facilmente comprensibile, il "difetto" di questi piani sono le alte spese iniziali a carico dell'assicurato, contro una flessibilità ampia a lui concessa nelle scelte da fare in merito alle cure.

I managed care coprono circa la metà della popolazione assicurata e sono nati negli anni '70, proprio nel periodo dei maggiori cambiamenti al sistema sanitario americano. Questi piani sono meno

costosi rispetto all'*indemnity insurance*, in quanto prevedono una lista di medici e strutture ospedaliere, convenzionate con la compagnia assicurativa, ai quali il paziente si può rivolgere direttamente e un *formulary*, ovvero una lista di farmaci inclusi nel piano. Al di fuori del piano il paziente paga per intero le cure alle quali si sottopone (stessa cosa vale per i farmaci al di fuori del *formulary*), mentre, per tutto ciò che è compreso nel piano, il paziente paga un ammontare fisso ogni volta che si rivolge ad un medico.

Esistono tre diversi tipi di *managed care*:

- Health Maintenance Organizations (HMOs);
- Preferred Provider Organizations (PPOs);
- Point-of-service plans (POSs).

Gli HMOs presentano una rete di strutture e medici ben definiti, di solito di operanti, in esclusiva, per l'organizzazione, ai quali l'assicurato può rivolgersi, pagando una quota fissa annua. Quando si ricevono cure da strutture/medici al di fuori del network prefissato dal piano, la polizza non rimborsa i costi. Gli assicurati, una volta entrati in una HMOs, devono scegliere un medico di riferimento al quale rivolgersi in via prioritaria ogni qual volta necessitano di cure. Tale medico deciderà, dopo una visita iniziale, se è necessario rivolgersi ad uno specialista.

I PPOs ed i POSs si collocano a metà strada tra i piani *fee for services* e gli HMOs. Essi prevedono una rete di medici e strutture ospedaliere, ed un medico di riferimento cui rivolgersi in maniera prioritaria, sostenendo, così, costi più bassi. Ogni qualvolta l'assicurato si rivolge a medici/strutture al di fuori del network, il metodo di assicurazione utilizzato sarà quello del *fee for service*, ossia pagamento di *deductible* e *coinsurance*.

3.1.2 Le assicurazioni pubbliche negli USA

Lo Stato federale americano fornisce copertura assicurativa a circa il 26% della popolazione assicurata (U.S. Bureau Census, 2006), attraverso dei piani a livello nazionale.

I piani offerti dallo Stato sono:

- Medicare;
- Medicaid;
- State Children's Health Insurance Program (SCHIP);
- High-risk pools.

Il Medicare (1965) è un piano creato appositamente per persone con età superiore ai 65 anni, disabili e persone con malattie renali all'ultimo stadio. Viene finanziato, principalmente, attraverso gli introiti del fisco ed, in particolare, un contributo prelevato dal salario dei lavoratori dipendenti.

Il Medicare è composto da quattro parti: la parte A che riguarda le strutture ospedaliere; la parte B che riguarda le visite specialistiche e l'assistenza extra-ospedaliera; la parte D (introdotta nel 2006) che si occupa della copertura della spesa per l'acquisto di farmaci con prescrizione (per avere questa copertura ulteriore è necessario pagare un premio più alto); la parte C (introdotta nel 1997) che offre la possibilità di ricevere i benefici delle altre tre parti attraverso piani privati, come gli HMOs, i PPOs o i *fee for service*: questa polizza è detta Medicare Advantage.

Il Medicare Advantage è un piano che consente di ottenere benefici in più rispetto ad un Medicare tradizionale (parte A e B), come ad esempio la parte D o un numero maggiore di giorni di ricovero pagati. Per attivarlo, però, sono necessarie le parti A e B del Medicare ed il premio da pagare sarà, ovviamente, maggiore.

Siccome il Medicare non copre tutte le spese mediche, le persone le quali non aderiscono al Medicare Advantage o non possono avere un'assicurazione privata, di solito acquistano un Medigap.

Il Medigap (nato nel 1992) è un'assicurazione privata, la quale fornisce servizi aggiuntivi al Medicare, simili a quelli forniti dal Medicare Advantage. Tale piano, dal 2005, comprende ben dodici servizi aggiuntivi, contrassegnati dalle prime lettere dell'alfabeto.

Il Medicaid è piano creato per coloro i quali hanno redditi molto bassi e risorse economiche scarse. I requisiti per entrare a far parte del piano sono decisi dai singoli Stati federali e sono molto rigidi (si basano, ad esempio, sull'età, condizione di salute, reddito e cittadinanza). Tale rigidità fa sì che molti non rientrino nel piano in quanto non abbastanza poveri, ma il problema è che queste persone non hanno abbastanza denaro per un'assicurazione privata e, di conseguenza restano scoperti (almeno per i bambini appartenenti a queste famiglie esiste il piano SCHIP).

Lo State Children's Health Insurance Program (SCHIP) è un piano nato nel 1997, creato per la copertura sanitaria dei bambini appartenenti a quelle famiglie le quali hanno un reddito troppo alto per rientrare nel Medicaid, ma non abbastanza alto da poter acquistare un'assicurazione privata. Anche questo piano, così come il Medicaid, è gestito dai singoli Stati federali, che decidono quali sono i requisiti per potervi accedere. In alcuni Stati Medicaid e SCHIP sono combinati ed in altri sono, invece, piani separati. Anche se ogni Stato decide liberamente quali sono i benefici del piano, tutti devono garantire gli stessi servizi sanitari di base. Lo SCHIP offre assicurazione sanitaria a circa sette milioni di bambini; tale numero potrebbe aumentare fino a dieci milioni se solo lo Stato aumentasse i finanziamenti per il piano.

Interessante il caso di un ragazzino americano di 12 anni, Gream Frost, che divenne il volto della lotta dei Democratici contro il veto, posto dal presidente George W. Bush, sul testo di legge che

prevedeva un aumento dei fondi a finanziamento dello SCHIP, e contro le lobby assicurative.

Gream, solo grazie ai fondi ricevuti dallo SCHIP, riuscì, a seguito di un brutto incidente, a pagare le elevate spese sanitarie a suo carico. È proprio per questo motivo che decise di intraprendere la lotta contro G. W. Bush e le lobby, chiedendo, inoltre, che il denaro destinato a finanziare le guerre fosse dirottato alla sanità.

Nonostante ciò, le lobby assicurative hanno notevolmente influenzato le scelte politiche del presidente americano che, nonostante le numerose proteste, ha negato, e nega tuttora, ulteriori risorse al progetto.

L'high-risk pool è un piano che opera a livello statale. Esso offre copertura assicurativa agli individui che non hanno accesso ad assicurazioni presso datore di lavoro/associazioni e non sono assicurabili per le compagnie private, in quanto hanno condizioni mediche serie. Il *risk pool* viene finanziato attraverso premi e imposizione fiscale ed offre copertura sanitaria a circa 180.000 di persone in circa trenta Stati. È stato stimato che circa un milione di persone potrebbero rientrare nel piano, ma così non è a causa degli insufficienti finanziamenti disponibili.

3.1.3 Altri tipi di assicurazione sanitaria

Il long-term care insurance è un piano assicurativo creato per coprire gli alti costi che derivano dalla necessità di un aiuto da parte di un'assistente familiare nelle quotidiane attività casalinghe e nel controllo di persone con demenza senile o problemi cognitivi e mentali, come l'alzheimer. Il costo dei servizi alla persona (i quali possono essere forniti sia in casa, sia presso strutture specializzate) diventa sempre più alto, a causa dell'espansione di questo settore nel mercato. Questo tipo di piano, generalmente, non viene compreso nelle normali

assicurazioni sanitarie tranne in alcuni casi particolari. È possibile, inoltre, ottenere un piano di questo tipo con aggiustamento all'inflazione, al fine di evitare che quanto pagato oggi, in futuro non sia sufficiente a coprire i costi.

Il disability insurance è un tipo di copertura che rimborsa i guadagni derivanti dall'attività lavorativa, non ottenuti a causa di una ferita o di una malattia a lungo termine. Tale piano non copre i costi medici e di riabilitazione e per questo motivo non viene considerato un vero piano assicurativo.

Il supplemental insurance è un tipo di copertura disponibile per particolari eventi, come ricoveri ospedalieri a lungo termine o malattie critiche. Esso paga i benefici che comprende, direttamente in denaro, in modo da poter coprire le spese aggiuntive sorte durante l'evento particolare.

4. Il sistema sanitario pubblico

Il sistema sanitario pubblico si può definire come il modello alternativo a quello privato ed è caratterizzato da:

- partecipazione obbligatoria e universale per tutti gli individui;
- finanziamento derivante da prelievo contributivo in proporzione al reddito e contributi fiscali in generale;
- strutture sanitarie di proprietà dello Stato;
- remunerazione dei medici di base e non specialistici su base capitaria (*capitation*³);
- remunerazione dei medici specialistici che operano nelle strutture pubbliche simile ad un normale rapporto di lavoro dipendente, fatta esclusione per l'attività svolta da libero professionista.

³ Si veda pagina 9.

In un sistema di questo tipo, come facilmente intuibile, è risolto il problema della copertura universale della popolazione, dell'equità, ovvero della garanzia che l'accesso al sistema sia concesso a tutti senza distinzioni di reddito, ed è più semplice il controllo della spesa sanitaria, soprattutto grazie alla centralizzazione delle decisioni presso Stato ed Enti Locali.

Anche in un sistema pubblico, però, esistono delle disfunzionalità che sembra utile evidenziare. Tali disfunzionalità sono generate dai caratteri di rigidità e poca flessibilità dovuti alla necessità di pianificazione, attuata al fine di controllare l'ammontare della spesa sanitaria totale. Da quanto appena detto, consegue un'inefficiente utilizzazione delle risorse e quindi un'incapacità di rispondere alle esigenze dei pazienti.

Al fine di risolvere questi problemi, sarebbe utile attivare politiche di gestione più efficienti e destinare un maggior numero di risorse al sistema sanitario, le quali potrebbero aumentare la soddisfazione degli utenti e del personale medico (Artoni, 2007).

In alcuni paesi caratterizzati da sistema sanitario pubblico (Italia, Regno Unito, Olanda e Svezia), si è visto quanto sia utile introdurre meccanismi concorrenziali, anche nei confronti di strutture sanitarie private, per aumentare l'efficienza del servizio (Artoni, 2007).

Di seguito sarà analizzato il funzionamento del sistema sanitario italiano e di quello svedese.

4.1 Il sistema sanitario italiano

Il sistema sanitario italiano è stato introdotto nel 1978 ed era fondato su importanti obiettivi.

Il primo di questi è la copertura assicurativa, la quale viene garantita per tutti i cittadini, senza tener conto della loro

condizione economica. Un sistema di questo tipo permette di evitare i problemi di selezione avversa e cream skinning, in quanto la copertura è, in ogni caso, universale.

Il secondo obiettivo è la nascita di un sistema il cui finanziamento sia pubblico e fondato su prelievi obbligatori e fiscalità generale.

Il Fondo Sanitario Nazionale (FSN) fornisce un ammontare uniforme di risorse su tutto il territorio, corretto sulla base della spesa storica regionale e dalla mobilità ospedaliera interregionale (maggiori fondi sono destinati alle regioni che offrono servizio sanitario a persone che provengono da altre aree geografiche). Il finanziamento alla spesa sanitaria regionale avviene attraverso due componenti. La prima componente è costituita dal gettito IRAP e dall'addizionale regionale IRPEF, mentre, la seconda è costituita dalla percentuale regionale sul gettito IVA e dalle accise (Artoni, 2007).

Il terzo obiettivo è la gratuità del servizio fornito per l'utente finale. Non sono, infatti, presenti le assicurazioni sanitarie, come, invece, accade negli USA, se non per una minima percentuale di utenti; il supporto dato dalle assicurazioni risulta, infatti, pressoché inutile in un sistema sanitario pubblico così strutturato.

La differenziazione dei livelli di governo nel sistema sanitario è il quarto degli obiettivi del Sistema Sanitario Italiano. Lo Stato definisce come distribuire le risorse del Fondo Sanitario Nazionale (FSN) tra le regioni, le regioni hanno il compito di programmare gli interventi sul territorio e le Unità Sanitarie Locali (USL) hanno funzioni di gestione.

Infine, l'ultimo obiettivo è la tendenza ad omogeneizzare i livelli di spesa nelle diverse aree geografiche.

Nel primo decennio di gestione secondo questo sistema, si conseguirono risultati positivi, soprattutto in termini di riduzione della spesa sanitaria in tutto il territorio e di omogeneizzazione delle varie aree.

Tuttavia, nello stesso periodo, si riscontrarono diversi problemi, per i quali è stato necessario ricercare soluzioni alternative.

Il primo problema riguardava le scarse risorse destinate alle regioni, che portavano ad un indebitamento delle USL e degli ospedali. Questo costringeva il Governo ad accollarsi tali debiti e, al fine di risolvere il problema, ad aumentare il ricorso al mercato o la pressione fiscale.

Tale bassa previsione di spesa, nello stesso tempo, consentiva al Governo stesso di non dover aumentare le entrate o ridurre qualche altra uscita in sede di redazione del bilancio previsionale, dato un obiettivo di fabbisogno, ma creava una distorsione nei processi decisionali in materia di finanza pubblica.

Il secondo problema, invece, riguardava la generale situazione di inefficienza dei servizi forniti, nata, probabilmente, dalla scarsità delle risorse disponibili (indicato come primo problema e sopra illustrato). Da tale scarsità, deriva una cattiva remunerazione del personale medico, non incentivato a lavorare solamente nel settore pubblico, che, unitamente alla non definizione dei rapporti con le strutture private di cura, sono stati gli elementi principali che hanno portato alle riforme dei primi anni Novanta.

Nel 1992 e nel 1995, infatti, il sistema sanitario italiano venne riformato e basato sui seguenti tre pilastri (Levaggi, 2004):

- aziendalizzazione;
- regionalizzazione del servizio;
- concorrenza tra strutture pubbliche e private.

L'aziendalizzazione sta ad indicare un processo per il quale tutte le principali componenti del servizio sanitario (in particolare gli ospedali e le USL, ribattezzate ASL - Aziende Sanitarie Locali), sono diventati aziende, che erogano servizi in cambio di un prezzo (la tariffa) e perseguono il fine di ottenere almeno il pareggio di bilancio.

Sono stati recepiti principi di gestione aziendale, il cui assorbimento, però, è risultato difficile per i nuovi manager sanitari, che, spesso, non hanno la preparazione aziendalistica necessaria a definire tariffari ed a gestioni contabili regolari. Le ASL sono state dotate di personalità giuridica e di autonomia organizzativa, amministrativa, gestionale e tecnica.

È stato, inoltre, introdotto il sistema dei Raggruppamenti Omogenei Diagnostici (ROD)⁴, secondo il quale le strutture ospedaliere si dovrebbero finanziare sulla base delle prestazioni fornite, attraverso un tariffario stabilito a livello regionale (dalla diversità dei tariffari creati nelle diverse regioni, nasce la concorrenza tra strutture pubbliche, col fine di migliorare l'efficienza del servizio offerto). I ROD hanno lo scopo di controllare l'evoluzione della spesa ospedaliera e di controllare il modo in cui le risorse vengono impiegate.

In particolare, sembra che l'introduzione dei tariffari, creati con lo scopo di ridurre la spesa sanitaria, abbia indotto i medici ad essere maggiormente attenti alla classificazione dei casi nel modo meno costoso possibile per l'ospedale, piuttosto che alla cura effettiva del malato (Levaggi, 2004).

Tutti questi cambiamenti sono stati fatti con lo scopo di verificare l'efficacia e l'economicità della gestione, attraverso strumenti di misurazione delle performance confrontabili e di facile interpretazione.

⁴ Si veda pagina 9.

La regionalizzazione del servizio sta ad indicare la volontà di creare sistemi sanitari diversi, a discrezione delle ventuno regioni italiane. Ciò significa che, ogni regione deciderà in merito alla gestione ed al funzionamento del sistema sanitario nel territorio di competenza. Ogni regione, inoltre, otterrà un finanziamento da parte del Fondo Sanitario Nazionale (FSN) e sarà responsabile per la parte di spesa che eccede il finanziamento ottenuto, godendo, essa, di autonomia tributaria. Viene, così, escluso ogni intervento di ripianamento dei disavanzi sanitari nei bilanci locali da parte dello Stato, come, invece, accadeva prima. In effetti, questo obiettivo è già stato raggiunto, in quanto, ad esempio, la Lombardia ha un sistema sanitario fondato sulla libera concorrenza tra strutture pubbliche e private, mentre l'Emilia Romagna fonda il proprio esclusivamente sulla presenza di strutture pubbliche.

Sorge, però, il problema della confusione e dell'incertezza creata da un sistema di questo tipo, che andrebbe regolato attraverso la creazione di un modello ottimale di riferimento (Levaggi, 2004; Artoni 2007).

La concorrenza tra strutture pubbliche e private è la novità più importante e che ha maggiormente ispirato la riforma del 1992. Lo scopo di questa novità è la creazione di un benchmark per il pubblico, al fine di incentivarlo al miglioramento in termini di costo ed efficienza.

La concorrenza, però, è condizionata da problemi di asimmetria informativa tra pubblico e privato.

Gli ospedali pubblici perseguono finalità diverse da quelli privati accreditati, che hanno come obiettivo la massimizzazione dei profitti, e che, quindi, decideranno di offrire servizi solo ai pazienti più convenienti, in termini di costo della cura e di tecnologie utilizzate. Da quanto appena ribadito, si comprende il perché le strutture private si specializzino nei casi più semplici, risultando così maggiormente efficienti di quelle

pubbliche, che, invece, a causa delle finalità perseguite, sono costrette ad occuparsi di tutti i casi che si presentano loro. Il fenomeno appena descritto altro non è che un'applicazione reale del fenomeno del *cream skimming*, di cui si è già parlato precedentemente, che risulta essere un comportamento illegale, nonché altamente dannoso per i bilanci delle strutture pubbliche, costrette a sopportare livelli di spesa nettamente maggiori rispetto a quelle private (Levaggi, 2004).

Al fine di evitare tali problemi, sarebbe utile ridurre il margine di manovra dei privati, imponendo loro, ad esempio, di avere un minimo di casi misti obbligatori, e irrigidendo i controlli sui meccanismi di *cream skimming* (Levaggi, 2004).

Altre novità introdotte con le riforme del 1992 - '95 riguardano il tipo di finanziamento della spesa sanitaria e l'imposizione di alcuni limiti al fine di contenere ulteriormente tale spesa (soprattutto derivante dagli sprechi di risorse tipici di un sistema che garantisce forniture totalmente gratuite a tutti gli individui - azzardo morale⁵).

Per quanto riguarda i limiti imposti col fine di ridurre i fenomeni di azzardo morale, i quali danno vita a sprechi di risorse che fanno lievitare la spesa sanitaria, sono stati imposti i ticket sulle visite specialistiche, come forma di compartecipazione alla spesa sanitaria, e un limite alla prescrivibilità individuale dei farmaci ed alla spesa farmaceutica individuale complessiva.

I risultati conseguiti a seguito di queste riforme sono stati estremamente positivi, in quanto, nel periodo 1990-2003, la spesa sanitaria pubblica è aumentata del 23% contro un aumento del prodotto interno lordo (PIL) del 20%. Restano preoccupanti i dati sull'aumento della spesa sanitaria privata, aumentata del 72%

⁵ Si veda pagina 14.

rispetto al PIL, ed in continua espansione (Caruso e Dirindin, 2005).

Nel 2001 venne fatta una nuova riforma, che trattava, sostanzialmente, quanto già introdotto con la riforma precedente, in particolare in materia di regionalizzazione e concorrenza tra pubblico e privato.

4.2 Il sistema sanitario svedese

Il sistema sanitario svedese nacque nel 1982 con l'introduzione della legge quadro sulla sanità (Health Care Act), basata su principi di uguale accesso alle cure sulla base del bisogno. Il finanziamento del sistema era di tipo pubblico, ma, a causa dei problemi di scarsità di risorse investibili in tale settore, vennero introdotte nuove riforme al fine di aumentarne l'efficienza.

La riforma che portò al reale cambiamento fu quella del 1991, che diede vita al "mercato interno" delle cure anche in questo paese, così come già successo nel Regno Unito qualche anno prima.

Il sistema sanitario svedese è un sistema a forte partecipazione pubblica ed organizzato su base regionale (quindi fortemente decentrato), elementi che lo rendono molto simile al sistema italiano.

Così come nel sistema italiano, dove il mercato assicurativo copre una minima quota del sistema sanitario, le assicurazioni sanitarie sono totalmente volontarie (non vi è l'obbligo, cioè, di pagare il premio, né di assicurarsi presso compagnie private, come invece avviene nel Regno Unito), e il loro mercato è molto ridotto, a

causa della copertura universale garantita da un sistema su base pubblica.

L'organizzazione, in particolare, vede la netta suddivisione di compiti tra la divisione centrale, quella regionale e quella locale.

La divisione centrale, formata da Dipartimento Sociale e Direzione Sociale, ha il compito legislativo, di fornire obiettivi e direttive per un miglior funzionamento del sistema, e, infine, di garantire la qualità dei servizi offerti.

La divisione regionale (Consigli di Contea e Regioni - nate dall'unione di più Consigli di Contea-) ha la responsabilità finanziaria nonché quella di garantire assistenza sanitaria ed ospedaliera ai cittadini.

La divisione locale, infine, è composta dai centri poliambulatoriali, i quali formano la "base" del sistema ospedaliero, e dai comuni, che, invece, si occupano dell'assistenza ad anziani, disabili e di parte dell'assistenza psichiatrica; tale assistenza viene fornita presso centri appositi per lungo-degenti, centri abitativi assistiti o al domicilio dell'utente stesso.

Per quanto riguarda le modalità di finanziamento del sistema, le Regioni o i Consigli di Contea distribuiscono i finanziamenti (raccolti attraverso prelievi fiscali) tra i vari distretti locali, i quali si occupano, poi, di distribuirli tra i medici e le strutture ospedaliere, in base a contratti di fornitura con i quali vengono loro assegnati dei budget fissi.

La riforma del 1991, come già ribadito, introdusse nel sistema un "mercato interno" della cura, molto simile a quello inglese (verrà trattato il funzionamento di questo "mercato" nella sezione successiva trattando il caso inglese), formato da erogatori del servizio (*providers*) ed acquirenti delle prestazioni per conto dei pazienti (*purchasers*). Tale mercato venne introdotto con lo scopo

di aumentare l'efficienza e l'economicità del sistema attraverso la concorrenza tra le strutture erogatrici del sistema.

Vennero, inoltre, introdotti i Raggruppamenti Omogenei Diagnostici (ROD o DRG) per il pagamento dei medici erogatori di cure da parte dei distretti locali (divisione dei pazienti in gruppi, in base alla diagnosi loro assegnata ed attribuzione di un certo budget fisso per gruppo di cura), con un funzionamento analogo a quello già descritto in precedenza per il sistema italiano e per quello inglese⁶.

Nella realtà la maggior parte dei Consigli di Contea, però, non ha mai applicato una netta separazione tra *providers* e *purchasers*, né mai utilizzato il sistema dei ROD o lo ha fatto solo parzialmente (Cremonese, 2008). I medici, generalmente, ricevono pagamenti "per caso" e negoziano il loro stipendio in sede di assunzione (Arbetsförmedlingen, 2002).

Il sistema svedese garantisce la possibilità agli utenti del servizio di avere un'ampia scelta di medici ai quali rivolgersi (rappresentati dai *providers* nell'idea del "mercato interno"), ma limitatamente alla contea di appartenenza. L'assistito può essere autorizzato ad accedere alle prestazioni sanitarie offerte da altre contee, ma è necessario, in questo caso, il trasferimento del finanziamento alla contea di appartenenza.

È interessante sottolineare che il 90% delle cure sono fornite su base pubblica, ma vi è una forte tendenza alla privatizzazione delle strutture ospedaliere, volta alla creazione di cliniche private, così come si è potuto notare nel caso italiano⁷ (Levaggi, 2004 - Arbetsförmedlingen, 2002). È, quindi, facile immaginare che nel sistema svedese i problemi di *cream skimming* tendono ad aumentare sempre di più, in quanto le cliniche private, come già ribadito durante la discussione del caso italiano, tendono a trascurare i casi più difficili e complessi, specializzandosi,

⁶ Si vedano le pagine 31 (sistema italiano) e 42 (sistema inglese).

⁷ Si veda pagina 32 e seguenti.

invece, in quelli più facili e risultando, perciò, maggiormente efficienti.

Quanto ai problemi di selezione avversa ed azzardo morale, le considerazioni da farsi sono analoghe a quelle già fatte per il caso italiano ed inglese.

La selezione avversa è un problema minore, anche se pur sempre presente in larga misura, grazie alla copertura universale garantita da un sistema pubblico.

L'azzardo morale resta, però, un problema di notevole importanza, se si considera il fatto che l'obiettivo principe di queste riforme è la riduzione delle spese, conseguibile grazie ad un aumento di efficienza. Lo spreco di risorse innescato da un tale fenomeno è quindi un problema che non può essere ignorato, vista, poi, la scarsità delle stesse.

La scarsità di risorse ha portato il Governo centrale, negli anni '90, a fare dei "tagli" alla spesa sanitaria. I "tagli" alla spesa, uniti ad un aumento dei pensionamenti, all'invecchiamento crescente della popolazione ed ad un numero sempre più limitato di posti nelle facoltà mediche, portarono ad una notevole carenza di personale, sia medico che infermieristico. Tale carenza venne fortemente denunciata, ed è per questo motivo che vennero fissati degli obiettivi a lungo termine di aumento del personale, col fine di sopperire alle inadeguatezze del sistema (Arbetsförmedlingen, 2002).

Infine, è utile ricordare che, nel 1994, venne approvata un'ulteriore riforma al sistema, con l'obiettivo di spostare l'enfasi dalla concorrenza nel "mercato interno" alla cooperazione tra *providers* e *purchasers* e di dare reale applicazione al sistema dei ROD. Tale riforma venne fatta allo scopo di aumentare il dialogo tra erogatori del servizio per ridurre le liste di attesa e l'inefficienza produttiva, causata, anche, dal precedente

sistema di pagamento "per caso" di medici e strutture, il quale riduceva gli incentivi a migliorare la qualità il servizio.

5. I sistemi sanitari "misti"

I sistemi sanitari definiti "misti" sono sistemi nei quali coesistono componenti private e pubbliche.

Di seguito saranno analizzati alcuni dei più importanti sistemi di questo tipo: il sistema inglese, quello olandese e quello svedese.

5.1 Il sistema sanitario inglese

Il sistema sanitario inglese venne completamente riformato alla fine degli anni Ottanta (1989), con l'obiettivo di eliminare le disfunzioni del vecchio sistema sanitario.

In particolare, le disfunzioni si riferivano agli alti costi burocratici ed all'inefficienza del sistema, determinata, anche, da un errato e insufficiente meccanismo di incentivazione degli operatori sanitari. Tutto ciò determinava, come facilmente intuibile, insoddisfazione negli assistiti.

Il Premier Signora Thatcher, già negli anni Ottanta, tentò di riformare il sistema, al fine di risolvere i problemi sopra elencati. Inserendo principi di gestione manageriale con l'obiettivo di creare un meccanismo di incentivi a miglioramento delle prestazioni, ma il sistema non funzionò a causa della responsabilità statale nell'erogazione del servizio (Cremonese, 2008).

Per ottenere dei risultati positivi occorrerà attendere la riforma del 1989, con l'introduzione del Libro Bianco - Working for Patients (1990), attraverso il quale vennero fissati i criteri guida per la creazione del National Health Service (NHS).

Il NHS presenta alcune importanti caratteristiche, che aiutano a meglio comprenderne il funzionamento.

La prima di queste, consiste in un'innovazione assoluta per i sistemi sanitari, ossia la separazione tra strutture erogatrici del servizio (*providers*) e quelle acquirenti delle prestazioni per conto dei pazienti (*purchasers*).

I *purchasers* sono rappresentati dalle stesse unità sanitarie locali (*Health Authorities*) oppure da associazioni di medici di base (*Fundholdings*); sono dotati di un certo budget, di solito una quota fissa per paziente, e di autonomia gestionale.

I *providers*, invece, sono rappresentati dagli ospedali e dai medici specialistici. La centralità della proprietà pubblica delle strutture sanitarie resta una delle caratteristiche preponderanti del sistema, ed è per questo motivo che le strutture pubbliche sono la maggioranza rispetto alle cliniche private, la cui presenza è, invece, marginale.

È facile comprendere il motivo per cui questo sistema viene definito un "quasi mercato" (Artoni, 2007). Nel "mercato interno" il sistema sanitario, infatti, è individuabile una domanda di assistenza, rappresentata dai *purchasers*, ed un'offerta, rappresentata dai *providers*.

La vera innovazione è, quindi, la forte concorrenza tra gli erogatori del servizio, i quali sono spinti a migliorare la qualità di ciò che offrono, col fine di attrarre il maggior numero di risorse; agli acquirenti, ovviamente, il compito di allocare tali risorse in loro possesso, nel modo più efficiente ed economico possibile, senza però scordare quali sono le esigenze del paziente.

Sembra importante, però, sottolineare che la concorrenza è presente anche tra i *purchasers*, in quanto i pazienti possono scegliere, in prima battuta, a chi affidare tutto ciò che riguarda le loro cure mediche. Una volta scelto un acquirente di prestazioni, i clienti saranno inseriti in un Raggruppamento Omogeneo Diagnostico⁸ (ROD o DRG), simile a quello del sistema

⁸ Si veda pagina 10.

italiano⁹, ove, cioè, i pazienti sono classificati in gruppi a seconda della diagnosi loro associata; ad ogni gruppo viene attribuito un budget differente, a seconda della gravità della diagnosi e della quantità di cure necessarie. Resta, anche in questo sistema, il rischio che i medici di base pongano una maggior attenzione nei confronti del risvolto economico del ROD, piuttosto che ai reali problemi dei pazienti; i medici di base tenderebbero, infatti, ad attribuire diagnosi che comportino cure il più economiche possibile, col fine di aumentare l'efficienza economica.

La seconda importante caratteristica del NHS emerge dal modo con cui tale sistema è finanziato. Il finanziamento, infatti, avviene attraverso tasse e contributi obbligatori per tutti i cittadini (come avviene nel sistema italiano, sia a livello statale che regionale¹⁰), e che fa rientrare il sistema sanitario tra quelli pubblici.

I contributi versati dai cittadini, a differenza del sistema italiano, sono uniti al premio, richiesto dalle assicurazioni private per la copertura sanitaria, ed uguale per tutti gli utenti del servizio. Si parla, infatti, di *compulsory pooling coverage*.

In un modello assicurativo *pooling coverage* (simile al 'high-risk pool del sistema americano¹¹) i clienti ad alto e basso rischio pagano lo stesso premio ed hanno la stessa copertura assicurativa. Il premio richiesto dalle compagnie assicurative è a metà strada tra quanto pagherebbero i clienti ad alto rischio e quelli a basso rischio. Da qui nascono i problemi di selezione avversa, per i quali i clienti a basso rischio non si assicurano, a causa dei premi troppo elevati, ed il mercato verrà, quindi, dominato dai clienti peggiori, con conseguente continuo incremento dei premi.

È importante sottolineare che la copertura sanitaria nel sistema inglese viene fornita da compagnie assicurative private, ma

⁹ Si veda pagina 33.

¹⁰ Si veda pagina 28.

¹¹ Si veda pagina 24.

essendo un'assicurazione obbligatoria per tutti i cittadini (copertura sanitaria universale) ed essendo il servizio offerto attraverso strutture e medici che fanno parte del NHS, il sistema è più vicino ad un sistema sanitario di tipo pubblico, come quello italiano, anche se in Italia non vi è la presenza di assicurazioni private.

Nel sistema inglese, tuttavia, i problemi di selezione avversa, così come quelli di *cream skimming*, pur essendo presenti in larga misura, non comportano le stesse gravi conseguenze che si incontrano nei sistemi basati principalmente su assicurazioni private volontarie (ad esempio, come il sistema sanitario americano). Questa visione più rosea è concessa dalla presenza di un sistema su base pubblica, che assicura copertura universale ed accesso alle cure secondo modalità non basate sul reddito. Tale accesso garantito alle cure per tutti i cittadini, però, può dar vita a fenomeni di azzardo morale, problema di notevole importanza nei sistemi con "base" pubblica. L'azzardo morale, come precedentemente ricordato, è un comportamento opportunistico tenuto dagli utenti del servizio, i quali richiedono benefici maggiori di quelli realmente necessari, sfruttando eccessivamente il sistema sanitario. Le conseguenze sono facilmente intuibili, ossia un aumento della spesa sanitaria pubblica e, quindi, uno spreco di risorse, già scarse in questo sistema sanitario. Il problema dell'azzardo morale è già stato riscontrato durante l'analisi del sistema italiano (sistema pubblico "per eccellenza") ed è, comunque, presente, anche, in sistemi privati nel rapporto tra utenti e compagnie assicurative private (come è stato visto nel caso americano).

Esiste, comunque, un piccolo mercato assicurativo privato, ma, come in Italia, sono molto rari i casi in cui i cittadini vi si rivolgono, vista la forte presenza del sistema pubblico.

Un problema che, però, affligge il NHS è rappresentato dai lunghi tempi di attesa per gli interventi chirurgici. Nel 1997 - '98, l'allora in carica Governo Blair decise di imporre una cooperazione tra i diversi erogatori del servizio sanitario, tale da sostituire la concorrenza imposta con la riforma precedente. Tutto ciò, ovviamente, con lo scopo di ridurre drasticamente i tempi di attesa e rendere il servizio maggiormente funzionale. I primi risultati furono positivi, ma, col passare del tempo ci si rese conto che tali risultati erano molto lontani dagli obiettivi effettivi che si sperava di raggiungere (Nicita).

Un secondo problema del NHS è, invece, rappresentato dalla scarsità delle risorse a disposizione da investire nel sistema. Nel 2001 il "British Medical Journal" denunciò le forti difficoltà del sistema sanitario legate al razionamento delle risorse, attuato dal Governo in quegli anni, le quali andavano ad influire negativamente sulla qualità dei servizi (Cremonese, 2008). Il problema delle risorse resta, purtroppo, un problema attuale, al quale il Governo inglese non riesce a trovare una soluzione.

5.1.1 UK vs. USA

Un confronto sul quale sembra interessante soffermarsi è quello tra il sistema sanitario americano e quello inglese. Entrambi i paesi sono di origine anglosassone ed hanno, quindi, molti elementi culturali comuni, ma, nonostante ciò, i sistemi sanitari sono profondamente diversi.

La principale differenza sta nell'organizzazione del sistema stesso.

Il sistema americano è un sistema su base privata, dominato dalla presenza di compagnie assicurative private, le quali sono convenzionate con le strutture mediche presenti sul territorio. Gli utenti del servizio possono acquistare un'assicurazione

volontariamente oppure, se in possesso di determinati requisiti, rientrare nei piani assicurativi pubblici.

Il sistema inglese, invece, è un sistema misto: è presente, cioè, il National Health Service (NHS), ossia il sistema sanitario pubblico, ma anche le assicurazioni private, che l'utente deve acquistare obbligatoriamente.

Da quanto descritto finora discendono alcune considerazioni.

In primo luogo, nel sistema inglese, la presenza di un sistema sanitario pubblico e dell'assicurazione obbligatoria per tutti gli utenti, fa sì che la copertura sanitaria sia universale. Nel sistema americano, invece, circa il 16% della popolazione risulta sprovvista di un'assicurazione (U.S. Bureau Census, 2006), in quanto non può permettersi di acquistarla e non rientra nei piani pubblici.

In secondo luogo, sembra logico affermare che la copertura universale fa sì che i problemi di *cream skimming*¹² e selezione avversa¹³, pur essendo presenti nel sistema sanitario, siano poco incidenti, soprattutto sulla spesa sanitaria in rapporto al Prodotto Interno Lordo (PIL).

In un mercato assicurativo libero, come quello americano, invece, i problemi sopra citati sono molto influenti e portano spesso ad escludere dal mercato i soggetti meno rischiosi (selezione avversa) o quelli più bisognosi di cure (*cream skimming*). Si noti, però, che la selezione avversa non arriva quasi mai a produrre gli effetti sopra descritti, in quanto le compagnie assicurative si "difendono" dalle perdite che nascerebbero da rimborsi superiori ai premi pagati dai clienti, attraverso il *cream skimming*. Conseguenza è la sola ed effettiva esclusione dal mercato di quei soggetti i quali avrebbero maggiormente bisogno di una copertura assicurativa.

¹² Si veda pagina 43.

¹³ Si veda pagina 15.

L'azzardo morale¹⁴ risulta, invece, un problema comune a tutti i sistemi, in quanto, dipende, essenzialmente, dal comportamento opportunistico degli utenti del servizio. L'unico mezzo disponibile al fine di ridurre questo fenomeno è la compartecipazione alla spesa sanitaria, sia attraverso *coinsurance rate* e *deductible*¹⁵ per le assicurazioni, che attraverso altre forme di compartecipazione alla spesa pubblica, come i *ticket*¹⁶ del sistema italiano.

I problemi legati alla soddisfazione dell'utenza sono presenti in entrambe i sistemi, anche se, come emerso da alcune ricerche condotte da alcuni ricercatori presso l'Università del Maine (2001), la maggiore soddisfazione è espressa nei confronti del sistema inglese (60% degli intervistati contro il 40% per il sistema americano).

Ultimo confronto è quello sulla spesa sanitaria in rapporto al Prodotto Interno Lordo (PIL).

Gli studi condotti presso l'Università del Maine (2001) hanno evidenziato come la spesa americana sia la più alta, rispetto ad altri paesi di confronto (paesi dell'OCSE - Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico). La causa di tutto ciò sembrano essere gli eccessivi costi amministrativi per la gestione del sistema, legati, soprattutto, all'aumento del costo delle prescrizioni mediche e all'uso di particolari tecnologie.

È emerso, inoltre, che il sistema sanitario inglese è il meno costoso, rispetto a tutti i paesi con cui è stato confrontato (paesi dell'OCSE - Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico).

5.2 Il sistema sanitario olandese

¹⁴ Si veda pagina 14.

¹⁵ Si veda pagina 14.

¹⁶ Si veda pagina 33.

Il sistema sanitario olandese è molto simile a quello inglese, in quanto sono presenti le assicurazioni sanitarie private e la copertura sanitaria è universalmente garantita dal sistema pubblico.

Tale sistema, proprio per il suo funzionamento, viene considerato e giudicato dagli utenti stessi, accessibile a tutti. La copertura sanitaria, infatti, è superiore alla media europea: il 70% degli utenti accedono al servizio entro venti minuti dal momento in cui manifestano il bisogno, contro una media del 50% (Rivim, 2008).

Sono pochissime le persone che non si rivolgono ad un medico per gli alti costi della sanità, a differenza di ciò che avviene nel sistema americano, dove circa il 16% della popolazione non può accedere al sistema, in quanto sprovvisto di assicurazione.

La riforma di maggior peso per questo sistema è stata quella approvata nel 2006, che estese a tutti i cittadini l'obbligo di possedere un'assicurazione sanitaria presso una delle compagnie private. Tale riforma, inoltre, fissò un pacchetto base che tutte le assicurazioni devono offrire a chiunque lo richieda e tale pacchetto avrebbe dovuto garantire la copertura sanitaria universale.

L'obbligo di offrire un'assicurazione base a tutti i cittadini ha eliminato i problemi di *cream skimming*, i quali, però, restano per la parte addizionale il pacchetto base richiedibile volontariamente dagli utenti del servizio.

La riforma, inoltre, stabilì che gli utenti del sistema al di sotto dei 18 anni di età non avrebbero dovuto sostenere l'obbligo di acquistare un'assicurazione, ma sarebbero stati coperti da un pacchetto sanitario pubblico di base.

Così come avviene nel sistema americano, l'assicurazione può essere acquistata attraverso il proprio datore di lavoro o la società della quale l'utente fa parte, riducendo, così, i costi di acquisto.

Gli utenti del servizio sanitario nazionale, nel momento in cui necessitano di cure, possono ottenerle rivolgendosi, in primo luogo, ad un General Practitioner (GP), ossia un medico generico di base, che, a seguito di visite ed accertamenti di vario tipo condotti sul paziente, può assegnare direttamente delle cure specifiche oppure richiedere l'ulteriore intervento di un medico specialistico.

Il sistema di attribuzione dei fondi per i medici di base (GP) e specialistici avviene secondo le modalità dei Raggruppamenti Omogenei Diagnostici (ROD o DRG), precedentemente nominati durante la discussione del caso italiano e di quello inglese, dove cioè i pazienti sono raggruppati a seconda delle diagnosi assegnate sulla base delle quali i medici ottengono una certa somma di denaro.

Il finanziamento del sistema, così come nel sistema sanitario inglese, avviene attraverso il premio pagato dagli utenti alle assicurazioni sanitarie unitamente con i prelevamenti fiscali obbligatori per tutti coloro i quali percepiscono un certo reddito.

Come facilmente intuibile, il sistema sanitario olandese risulta tra i più onerosi per gli utenti ed è per questo motivo che il Governo ha approvato alcune concessioni specifiche in base al reddito.

È utile sottolineare che il Ministero delle Salute ha imposto uno standard sul premio pagato per il pacchetto base obbligatorio, e, grazie a questo provvedimento, almeno per la parte obbligatoria, è stato eliminato il problema della selezione avversa.

L'azzardo morale, però, sembra essere un problema di notevole importanza, in quanto coloro i quali pagano il premio, e, di conseguenza, possono accedere facilmente alle cure, spesso abusano di questa possibilità, facendo così "lievitare" la spesa sanitaria. Queste osservazioni sono già state fatte durante l'analisi del sistema inglese e, come già osservato, l'azzardo

morale è un problema che affligge qualsiasi tipo di sistema sanitario.

La spesa sanitaria olandese, comunque, rientra nella media europea, con una crescita del 5% annua dal 2004 (Rivim, 2008).

La riforma del 2006 ha introdotto, oltre l'obbligo di assicurarsi, anche la possibilità per gli utenti di cambiare, in modo più facile, la compagnia assicurativa presso la quale acquistare l'assicurazione.

Questo ha fatto sì che aumentasse esponenzialmente la competizione tra compagnie. Tale competizione nasce dai costi addizionali che le compagnie addebitano ai clienti oltre al premio base.

Il problema che sorge da ciò, è l'eccessiva concentrazione delle compagnie sul lato economico della competizione, e cioè la competizione avviene essenzialmente sulla base del prezzo dell'assicurazione, senza che la qualità dei servizi forniti influisca minimamente. Il Governo ha posto come obiettivo quello di aumentare la trasparenza in termini di qualità e di porla quale fattore primario di concorrenza tra le compagnie. Purtroppo, però, si è ancora lontani dal raggiungimento di tale obiettivo (Rivim, 2008).

Quanto ad una valutazione del sistema sanitario olandese, è emerso, dai dati statistici europei e dalle opinioni degli utenti del servizio, che il sistema ha un funzionamento buono (nelle medie europee) anche se non ottimale, considerando che, soprattutto per quanto riguarda le lungo-degenze, i risultati non sono così rosei, soprattutto a causa degli incidenti che avvengono nei luoghi di ricovero, e dei casi di malnutrizione. Si è notato, inoltre, che in circa i due terzi dei casi i General Practitioner (GP) prescrivono medicine senza richiedere visite specialistiche e che le cure secondarie sono nelle medie europee quanto a mortalità ospedaliera ed a riuscita degli interventi (Rivim, 2008).

Un problema di notevole importanza è la mancanza di coordinazione e cooperazione tra i medici, ed in particolare sarebbero proprio i GP i meno attivi per evitare il problema. Sembra, infatti, che tali medici non forniscano le adeguate informazioni ai medici specialisti, pur essendo sempre adeguatamente aggiornati dagli stessi riguardo la situazione del paziente, soprattutto nel caso in cui abbia subito un qualsiasi tipo di intervento (Rivim, 2008).

Altro problema che è emerso, è il trend continuo di riduzione del personale medico ed infermieristico, che potrebbe portare ad una paralisi del sistema sanitario, se combinato ad un trend di segno opposto relativo al numero di ricoveri ospedalieri, fenomeno il cui inizio è stato riscontrato attraverso le statistiche a partire dal 2001 (Rivim, 2008).

Nonostante ciò, l'efficienza del servizio resta, comunque, nella media europea, anche se vi sono paesi che pur avendo uguale spesa sanitaria registrano una mortalità ospedaliera più bassa (come ad esempio la Francia). La produttività è stata giudicata positivamente, considerando l'aumento dei ricoveri registrato nel periodo 2000 - 2005, anche se, però, sarebbe necessaria una maggior attenzione alla qualità dei servizi (Rivim, 2008).

6. Conclusioni

Nel corso di questo lavoro sono stati analizzati vari tipi di sistemi sanitari, passando attraverso le esperienze reali di diversi paesi. In ognuno di questi sistemi sono stati riscontrati problemi legati, soprattutto, alle più volte nominate asimmetrie informative.

Dare un giudizio su quale sia il migliore tra i sistemi sanitari non è cosa facile.

I sistemi privati, però, presentano, forse, un numero maggiore di elementi negativi rispetto agli altri tipi.

In prima battuta, la copertura sanitaria non è garantita a tutti, ma solo a coloro i quali possono acquistare un'assicurazione presso compagnie private o rientrano nei piani pubblici, che hanno, però, requisiti altamente stringenti. Tutto ciò avviene in quanto lo Stato ha un intervento limitato nella sanità del paese e questo porta un elevato numero di persone ad essere prive di copertura sanitaria. È questo il caso degli USA, primo tra i sistemi analizzati, paese in cui la cura rappresenta spesso un problema grave per i cittadini, soprattutto con redditi medio-bassi, che non rientrano, quindi, nei piani pubblici, ma che non possono permettersi un'assicurazione privata. Le asimmetrie informative, in un mercato libero come quello americano, generano problemi specifici che ne rendono il funzionamento peggiore ed hanno una grande influenza sul sistema.

Tali problemi sono la selezione avversa, il *cream skimming* e l'azzardo morale.

La selezione avversa è generata da una mancanza di informazioni da parte della compagnia assicurativa sulla rischiosità dei clienti, che porta a fissare premi generici, troppo alti, però, per i clienti a basso rischio. Conseguenza è la presenza esclusiva di clienti ad alto rischio sul mercato assicurativo ed il continuo innalzamento dei premi, al fine di coprire i costi delle compagnie, generati dai rimborsi da loro pagati.

Il *cream skimming* è, invece, un comportamento scorretto tenuto dalle compagnie assicurative, le quali rifiutano i clienti più rischiosi, opportunamente individuati, lasciandoli sprovvisti di copertura.

L'azzardo morale, infine, è un comportamento opportunistico tenuto dagli assicurati, i quali richiedono benefici maggiori rispetto a quelli necessari o riducono le attività di prevenzione degli eventi negativi. Un metodo per combattere questo problema è l'introduzione nel sistema di un meccanismo di compartecipazione dell'assicurato al costo delle cure mediche.

Tutti questi problemi, che nascono da informazione incompleta posseduta dalle parti (utente ed assicurazione o Stato, a seconda del tipo di sistema), sono,

però, riscontrabili anche negli altri sistemi, anche se si è notato che la loro influenza risulta di diversa intensità.

Nei sistemi pubblici, come l'Italia, ma anche la Svezia, il problema, forse, più sentito è l'azzardo morale, in quanto la copertura sanitaria è universale ed il sistema è accessibile a tutti senza limitazioni.

Questi vantaggi in un sistema di tipo pubblico, generano, però, i comportamenti opportunistici ben noti, che fanno lievitare la spesa sanitaria e costringono a "tagli" della stessa nei bilanci statali. I "tagli", ovviamente, sono negativi, in quanto comportano riduzioni nei servizi forniti dal sistema sanitario.

I sistemi italiano e svedese hanno, inoltre, in comune l'ampia diffusione delle cliniche private, la cui presenza porta ad un aumento del fenomeno del *cream skimming*. Tale fenomeno nasce dalla specializzazione di queste cliniche nei casi più facili, cosicché risultino maggiormente efficienti, ma lascino, così, al sistema pubblico i casi peggiori e più costosi.

Nei sistemi "misti" (come Inghilterra ed Olanda), infine, i problemi di *cream skimming* e selezione avversa sono, comunque, presenti in larga misura, ma la copertura universale fa sì che la loro influenza sia limitata. Il problema stringente, che li accomuna ai sistemi pubblici, è l'azzardo morale nei confronti delle compagnie assicurative e della parte pubblica del sistema, soprattutto gli ospedali ed medici di base.

Con questa ulteriore analisi, si è ancor di più dimostrato come tutti i sistemi sanitari presentino problemi simili. Ed allora sembra ancor più opportuno chiedersi quale sia il sistema migliore.

Come già ribadito, è difficile dare un giudizio e, forse, tale giudizio può essere determinato, anche, da elementi soggettivi, non soltanto oggettivi.

Dal punto di vista dell'utenza, che sembra essere il più interessante ed importante al fine di giudicare l'efficacia di un sistema sanitario, i sistemi pubblici, come l'Italia, sono i migliori, in quanto garantiscono copertura universale a costi sicuramente più contenuti rispetto agli altri sistemi. Si ricordi, infatti, che l'Italia è tra i paesi in vetta alla classifica dei migliori sistemi sanitari.

Come precedentemente accennato, il sistema privato è, forse, il "peggiore" e maggiormente "selettivo". Si ricordi, a questo proposito, che negli USA il 16% della popolazione non è assicurata (U.S. Bureau Census, 2006).

I sistemi sanitari "misti", infine, sono ancora una "via di mezzo", in quanto presentano il vantaggio di una copertura universale ma sono costosi per

l'utenza, che deve acquistare obbligatoriamente una polizza assicurativa e sopportare, inoltre, i prelevamenti fiscali coattivi.

7. Bibliografia

G. Akerlof (1970), "The Market for Lemons: Quality Uncertainty and the Market Mechanism", *The Quarterly Journal of Economics*, **3**: 10 - 23

R. Artoni (2007), "Elementi di Scienze delle Finanza", Il Mulino, capitolo 8: 221 - 254

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), "Questions and Answer about Health Insurance - a Consumer Guide"

A. Cremonese (2008), "Il Sistema Sanitario Italiano: una Configurazione Regionale del Modello Pubblico", Libreria Universitaria degli Studi Sociali (LUISS), Quaderno di ricerca n° 152: 11 - 15

R. Levaggi (2004), "Sanità in Prima Linea", LaVoce.info

C. Di Novi (2007), "Un Viaggio nel Sistema Sanitario Americano", Coripe - Master di Economia e Politiche Sanitarie, Newsletter Economia e Salute

A. Nicita, "Concorrenza e Sanità: il Pendolo delle Riforme in Europa", Siena Memos and Papers on Law and Economics, University of Siena - Faculty of Economics, R.M. Goodwin: 14 - 16

Rivim (2008), "Dutch Health Care Performance Report 2008 - in a Nutshell ", Consumer Guide

Siti Internet consultati:

<http://www.justlanded.com/italiano/Paesi-Bassi/Strumenti/Guida-Just-Landed/Salute/Salute>

<http://www.olanda.cc/sanita-in-olanda.html>

extranet.regione.piemonte.it/fp-lavoro/centrorisorse/eures/dwd/sve_sani.doc -