



Dipartimento

Di Impresa e Management

Cattedra Economia industriale

Le asimmetrie informative nel mercato assicurativo sanitario e l' intervento statale

Rinaldo Evangelista

RELATORE

Maria Luisa Urbano (238981)

CANDIDATO

Indice

Introduzione	3
1.1 L'informazione	4
1.2 Asimmetrie informative	5
1.2.1 Adverse selection	6
1.2.2 Moral hazard	7
1.3 Akerlof: market for lemons	7
1.3.1 Il costo della disonestà	9
1.3.2 Altre evidenze sulle asimmetrie informative	10
1.3.3 Joseph Stiglitz e il mercato assicurativo	11
1.4 La salute	12
2.1 Mercato assicurativo	14
2.2 Le inefficienze nel mercato assicurativo	17
2.2.1 La selezione avversa	18
2.2.1.1 Studi sulla selezione avversa	20
2.2.1.2 Perdite e soluzioni teoriche	22
2.2.2 Asimmetria informativa post contrattuale-moral hazard	23
2.2.2.1 Le diverse manifestazione del moral hazard	23
2.2.2.2 Effetti sul reddito	28
2.3 Effetti diretti ed indiretti	30
2.3.1 Salute e comportamenti degli individui	31
2.3.2 Studio del RAND Health Insurance Experiment (Newhouse, 1993)	32
2.3.3 Maggiore salute?	33
2.3.4 Prevenzione e assicurazione	34
3 Soluzioni ai fallimenti del mercato	37
3.1 Assicurazione privata VS pubblica	38

3.2	L'intervento Statale	39
3.2.1	Come lo stato può regolamentare l'assicurazione privata	42
3.2.2	Compartecipazione alla spesa:Ticket, franchigie e massimali	43
3.3	Sistema sanitario italiano	45
Conclusioni	49

Introduzione

In Italia, l'assicurazione sanitaria è diventato uno strumento sempre più utilizzato dai consumatori, soprattutto negli ultimi anni, a causa delle inefficienze dell'assistenza sanitaria pubblica. Il sistema assicurativo privato, però, è caratterizzato dalla presenza di asimmetrie informative, un fallimento di mercato, che non permette il raggiungimento di un'efficiente allocazione di risorse. Dette asimmetrie, sotto forma di adverse selection e di moral hazard, avranno degli effetti sul benessere dei consumatori. Tale elaborato si propone di analizzare queste problematiche, legate in particolare al concetto del bene salute, per poi riportare evidenze sulla possibilità di coesistenza dell'assicurazione privata con l'assistenza pubblica, per colmare le mancanze del servizio pubblico.

In particolare, nel primo capitolo, si introduce il concetto di asimmetrie informative: l'importanza dell'informazione nel mercato e dell'asimmetria di potere che comporta l'assenza o l'incompletezza di informazioni. Fra i primi a trattare questo tema fu G. Akerlof nella sua opera "Market for lemons".

È nel secondo capitolo che verrà delineata tale problematica nell'assicurazione sanitaria privata, oggetto di questo elaborato, prima soffermandomi sul concetto di adverse selection e sulla sua teorizzazione e poi sul moral hazard. In particolare, in merito a quest'ultimo, si vedrà come due importanti studiosi, Nyman e Pauly, hanno dibattuto sui danni provocati da tale inefficienza. Conseguentemente, si tenterà di rispondere con le evidenze scientifiche alla domanda "Le inefficiente possono generare maggiore salute?".

Oggetto del terzo ed ultimo capitolo, invece, è l'intervento statale necessario per garantire a tutti i cittadini il diritto alla salute. Vedremo, dunque, il ruolo dello Stato in contrapposizione con quello assicurativo privato. Verrà analizzato l'intervento dello Stato relativo alla fruizione dell'assistenza sanitaria e la relazione con il settore privato, a seconda delle modalità di finanziamento e di fornitura sanitaria dei paesi OCSE. In generale, è stato osservato l'intervento statale connesso alla limitazione dei fallimenti di mercato: moral hazard e adverse selection, volto a migliorare il benessere degli individui. Infine, l'elaborato si sofferma sul sistema sanitario italiano, chiedendosi se la coesistenza del sistema assicurativo privato, correttamente regolamentato, con il settore pubblico possa giovare ai cittadini e alle loro necessità che non possono essere soddisfatte solo dall'assistenza statale.

Capitolo 1: Le asimmetrie informative

1.1 L'informazione

L'informazione ha un ruolo centrale nella società odierna. Divenne particolarmente importante dalla fine della seconda guerra mondiale con la diffusione dei computer, e oggi appare come un bene sempre più prezioso.

L'informazione, viene considerata da George Joseph Stigler (1994) come bene pubblico, in quanto è caratterizzata dai medesimi aspetti:

- Non rivalità: ovvero l'utilizzo di tale bene da parte di un individuo, non preclude che altri possano goderne.
- Non escludibilità: ovvero non permette di escludere terzi soggetti dal consumo
- Produzione costosa e complessa

Essendo un bene tanto complesso quanto importante, presenta una serie di problematiche; in particolare nella mia trattazione, mi concentrerò su quelle relative all'informazione contrattuale, ovvero al controverso ruolo dell'informazione nelle trattative, derivante dall'impossibilità di sapere se le parti comunicano effettivamente dettagli necessari per la stipula del contratto. Nel diciannovesimo secolo, epoca del liberalismo, quando l'intervento statale nell'economia era marginale, non si poneva il problema del "dovere" di informazione¹, infatti ognuno poteva agire con l'obiettivo di realizzare il proprio interesse, per cui era legittimato usare notizie sconosciute all'altra parte per trarne vantaggio. È ovvio che chiunque sia informato abbia un vantaggio rispetto a coloro che non possono disporre di altrettanta conoscenza.

Sorge spontanea la questione se colui che detiene maggiori informazioni, abbia il dovere di condividerle rinunciando alla propria condizione di vantaggio. Vi sono delle motivazioni di natura economica che risponderebbero in modo affermativo alla questione dell'obbligo di informare. Tali ragioni sono legate alle conseguenze delle asimmetrie informative, su cui ci soffermeremo nei paragrafi successivi. Resta comunque il dubbio se prediligere le esigenze degli individui che non vogliono esporsi, perdendo la loro posizione di vantaggio, o se evitare la formazione di eventuali inefficienze. Kronman (1978), affermò che ove vi sono investimenti costosi nella ricerca dell'informazione, non vi è alcun obbligo di condividere il vantaggio ottenuto. È anche vero, che tale analisi non tiene conto delle successive introduzioni in ambito teorico, o comunque differisce da ciò che è previsto nella trattazione civilistica italiana corrente ovvero che "ne

¹Paolo Gallo, Asimmetrie informative e doveri di informazione (2007)

conseguono la configurabilità di un dovere di informazione giuridicamente rilevante ogni qual volta una parte sia consapevole dell'altrui errore essenziale” (art. 1338 c.c.).

1.2 Asimmetrie informative

L'economia politica ed in particolare quella industriale studia le distorsioni nell'equilibrio di mercato, ovvero l'allontanamento dall'ottimo paretiano che consegue una distribuzione delle risorse non efficiente. Le fattispecie che conducono a ciò sono note come fallimenti di mercato. Il filosofo utilitarista Henry Sidgwick distingue sei tipologie di fallimenti di mercato: i beni pubblici e sociali, il potere monopolistico, le esternalità, i costi di transazione e le asimmetrie informative.²

Il saggio di George Akerlof riapre la trattazione sulle asimmetrie informative, inaugurato precedentemente da Aristofane nelle “rane” (407 a.C.)³ e successivamente da Gresham. Il fenomeno delle asimmetrie informative si verifica quando “una parte degli operatori dispone di informazioni rilevanti sulla qualità del prodotto che non sono disponibili per gli altri”⁴. Per cui, ogni qual volta i soggetti che partecipano allo scambio differiscono per le informazioni detenute, sia riguardo alle caratteristiche del prodotto che relative all'ambiente esterno, in un periodo antecedente al contratto, oppure godono di un vantaggio informativo, legato ad azioni compiute successivamente alla stipula, si parla di informazione asimmetrica. Siamo in un mercato inefficiente, gli individui, ovvero agenti razionali, in particolare i possessori di un “vantaggio informativo” tenderanno ad essere opportunisti e quindi a nascondere le maggiori informazioni in loro possesso.

George Stigler, Nobel per l'economia nel 1982, sottolineò il potere derivante dall'informazione, evidenziando come la scarsa capacità di comprendere fenomeni in condizioni non efficienti è dovuta alla non considerazione degli economisti dei problemi legati al costo della ricerca di informazioni. In un'ottica marginalistica, quando un consumatore deve prendere delle decisioni relative all'acquisto, investe nell'acquisizione di informazioni fino a che i benefici attesi da una scelta più attenta tra le diverse opzioni eguagliano il costo marginale dell'informazione (Porter, 1976). Gli individui, quindi, cercano di informarsi da fonti differenti come consigli di persone vicine, pubblicità, ricerche individuali ecc., fino ad ottenere un set di informazioni che sarà comunque diverso rispetto a quello di altri consumatori. La decisione su quale brand acquistare dipende da come il consumatore percepisce un determinato prodotto; logicamente, l'acquirente prediligerà la marca che gli dà maggiori benefici, ovvero che abbia un numero

² Economia industriale, Carlo Scognamiglio Pasini (2016)

³ Le “rane” è una commedia teatrale scritta da Aristofane nel 407 a.C.. Importante per il nostro tema è la frase pronunciata dal capo del coro, che rappresenta una prima formulazione della oggi più nota “legge di Gresham”.

Tale frase, vedeva l'analogia tra la moneta cattiva usata per gli scambi e la moneta buona tenuta nei forzieri e le persone, quelle degne vengono allontanate dalla città mentre coloro che non portavano alcun vanto venivano trattenute.

⁴ Economia industriale, Carlo Scognamiglio Pasini (2016)

maggiore di qualità ed elementi considerati importanti per il consumatore e che quindi si differenzia rispetto alle concorrenti.

La differenziazione del prodotto dipende sia dalle condizioni strutturali del mercato che dalla condotta degli operatori e implica che i prodotti siano percepiti dai consumatori come differenti. I venditori, al contrario, sono perfettamente consci del fatto che i prodotti non siano così differenziati e quindi sostituibili con quelli dei competitor. Tale fattispecie è una condizione strutturale del mercato, ma diventa condizione di condotta nel momento in cui il venditore coglie l'opportunità di inserire elementi di differenziazione nella domanda incidendo sulla strategia di impresa. Infatti, nel momento in cui i prodotti non sono sostituibili, in quanto differenziati, ogni impresa avrà una propria curva di domanda residuale (Chamberlin, 1933), di conseguenza l'impresa potrà applicare un prezzo più elevato. L'asimmetria informativa che si è creata (per le informazioni sulla differenziazione del prodotto) altera così l'equilibrio di mercato.

L'asimmetria informativa può manifestarsi in due fattispecie:

- Adverse selection
- Moral hazard

1.2.1 La selezione avversa

La selezione avversa, o opportunismo precontrattuale, si ha quando un agente ha informazioni maggiori sul bene che si vuole scambiare rispetto all'altra parte coinvolta, con la conseguenza di pregiudicare l'esito o il contenuto del contratto. Il problema sussiste in quanto la parte dotata di maggiori informazioni, tende a far presumere che il prodotto abbia caratteristiche migliori rispetto alle effettive.

Considerando un mercato in cui vengono scambiati prodotti di qualità variabile, sia gli acquirenti che i venditori classificano i prodotti di qualità diversa allo stesso modo, ma solo i venditori sono in grado di osservare la qualità di ogni unità del bene venduto. Gli acquirenti possono, al massimo, osservare la distribuzione della qualità della merce precedentemente venduta. Senza un dispositivo per gli acquirenti per identificare i buoni prodotti, i prodotti cattivi saranno sempre venduti con i buoni. Tali mercati, riflettono il problema della selezione avversa.

Gli economisti hanno da tempo riconosciuto che il problema dell'adverse selection può interferire con il funzionamento efficace del mercato.⁵ L'esempio di Akerlof, come vedremo, rappresenta una conseguenza più estrema della selezione avversa. Ovviamente, non tutti gli scambi verranno eliminati, nonostante l'allocazione delle risorse sia quasi sempre inefficiente. Ciò perché i venditori offrono qualsiasi bene ad un prezzo superiore al valore del bene stesso.

⁵Wilson, C. (1989). Adverse Selection

1.2.2 L'azzardo morale

L'azzardo morale, o opportunismo postcontrattuale, consiste in una manifestazione dell'asimmetria informativa in una fase successiva al contratto. È il rischio che una parte non abbia stipulato un contratto in buona fede o abbia fornito informazioni fuorvianti sulle sue attività, passività o capacità di credito, tali per cui la controparte non può conoscere l'effettiva situazione (hidden information). Può anche significare che una parte ha un incentivo a correre rischi insoliti, compiendo delle azioni non osservabili dalla controparte (hidden action), in un tentativo di guadagnare un profitto. Ogni volta che in un accordo una parte non deve subire le potenziali conseguenze di un rischio la probabilità di azzardo morale aumenta. Quindi il moral hazard si verifica quando una parte in una transazione ha l'opportunità di assumersi rischi aggiuntivi che influenzano negativamente l'altra parte. La decisione di intraprendere azioni rischiose, si basa su ciò che può fornire un maggiore livello di beneficio, non su ciò che è considerato giusto.

Vi sono molte circostanze in cui si verifica azzardo morale: si può applicare ad attività all'interno del settore finanziario, come in un contratto tra un mutuatario o un prestatore, nonché nel settore assicurativo. Ad esempio quando un individuo stipula un'assicurazione su una proprietà può essere meno incline a proteggerla poiché in caso di sinistro la compagnia di assicurazione si assumerà l'onere del risarcimento. L'azzardo morale può esistere anche nelle relazioni datore di lavoro-dipendente. Se un dipendente ha un'auto aziendale, per la quale non deve pagare per riparazioni o manutenzione, potrebbe essere meno propenso a stare attento e più propenso a correre rischi con il veicolo.

1.3 Akerlof: market for lemons

Uno dei primi a studiare le realtà in cui l'informazione non è simmetrica, fu George Akerlof. Lui scrisse "The Market for Lemons": Quality Uncertainty and the Market Mechanism", durante il suo primo anno come assistente di cattedra a Berkeley nel 1966-67. Cercò di mettere in relazione la qualità e l'incertezza nei mercati, dove sempre più acquirenti tendono ad utilizzare delle statistiche di mercato per giudicare la qualità dei loro potenziali acquisti. In tali circostanze, i venditori, meglio informati degli acquirenti sulla qualità del bene, sono incentivati a vendere prodotti di scarsa qualità, in quanto i rendimenti dati dalle merci di buona qualità si estendono all'intero insieme di prodotti in vendita. La conseguenza sarà, dunque, la tendenza ad una riduzione della qualità media sia delle merci che delle dimensioni del mercato.

Akerlof, per chiarire tale fattispecie usa l'esempio del mercato delle auto usate⁶. Suppone, per semplificare, che ci siano solo quattro tipi di auto: auto nuove, auto usate, buone auto e cattive auto (che in America sono conosciute come "limoni", per noi bidoni).

⁶ Non solo di semplice intuizione, ma essendo il mercato più conosciuto negli USA in quel periodo, voleva che la sua teoria fosse il più possibile chiara e facilmente divulgabile.

Un'auto nuova può essere una buona auto o un limone e, naturalmente, lo stesso vale per le auto usate. Gli individui in questo mercato acquistano una nuova automobile senza sapere se sarà buona o un limone. Ma sanno che con probabilità q (distribuita in un intervallo che va da $[0;1]$) è una buona macchina e con probabilità $(1-q)$ è un limone⁷.

Solo dopo aver posseduto un'auto, per un certo periodo di tempo, il proprietario dell'auto può farsi una buona idea della qualità di questa macchina; cioè, il proprietario assegna una nuova probabilità a seconda che la sua auto sia un limone o sia di buona qualità. Questa stima è più accurata della stima originale. Si sviluppa quindi un'asimmetria nelle informazioni disponibili: i venditori ora hanno più conoscenza della qualità di un'auto rispetto agli acquirenti. Tuttavia, il prezzo di vendita delle auto non sarà differente, sia le auto buone che le auto cattive verranno vendute allo stesso prezzo, poiché è impossibile per un acquirente distinguere tra un'auto buona e un'auto cattiva.

Ovviamente un'auto usata non può avere la stessa valutazione di un'auto nuova (se l'avesse, sarebbe chiaramente vantaggioso scambiare un limone al prezzo di un'auto nuova e acquistare un'altra auto nuova, con una maggiore probabilità q di essere "buona" e una minore probabilità di essere "cattiva"). Il proprietario di una buona macchina, essendo che il prezzo deve essere lo stesso dell'auto di bassa qualità, non potrà ricevere il vero valore della sua auto, e non potrà nemmeno ottenere il valore atteso di una nuova auto.

Akerlof, utilizza la legge di Gresham "moneta cattiva scaccia moneta buona"⁸ per spiegare le conseguenze di tale situazione. Infatti, la maggior parte delle auto oggetto di scambio saranno limoni, mentre le auto di buona qualità rischiano di non essere scambiate. Le auto cattive, come le monete, tendono a scacciare le buone, in quanto, come le monete che vengono scambiate allo stesso tasso di cambio, le auto hanno lo stesso prezzo.

Sussistono comunque delle differenze rispetto alla teoria di Gresham, ovvero che l'uguaglianza di prezzo è data dal fatto che non è possibile per l'acquirente comprendere la qualità dell'auto scambiata, mentre nella legge di Gresham, entrambi gli attori sono in grado di distinguere denaro buono dal cattivo. Quindi le auto cattive, scacceranno le buone dal mercato peggiorando la qualità media dello stesso. Nella realtà, con mercati più complessi, dotati di diverse merci, possono verificarsi delle patologie ancora più gravi: il cattivo, infatti, scaccia il non-così-cattivo, il quale scaccia il non-così-buono che infine a sua volta scaccia il bene di buona qualità. Questa sequenza di eventi può portare ad un'inesistenza di mercato.

⁷ The Market for "Lemons": Quality Uncertainty and the Market Mechanism; by George A. Akerlof (1970)

⁸La legge di Gresham, fu teorizzata dall'omonimo banchiere inglese Thomas Gresham nel sedicesimo secolo. La legge si applicava al mondo dei mercati e dei banchieri, i quali avevano la tendenza ad effettuare pagamenti con monete "cattive", dal minor valore intrinseco (ovvero la quantità metallo prezioso presente) rispetto al loro valore nominale. Ma avevano anche la tendenza ad accettare solo monete "buone", ovvero quelle in cui il valore intrinseco era pari al nominale. La conseguenza è che trattenevano le monete buone e usavano per i pagamenti quelle cattive.

Si può supporre che la domanda di automobili usate dipenda da due variabili principali:

- Il prezzo dell'automobile P
- La qualità media delle auto usate scambiate, λ

Per cui, la domanda sarà pari a : $Q_d = D(p, \lambda)$. Sia la fornitura di auto usate ($S = S(p)$) che la qualità media ($\lambda = \lambda(p)$) dipenderanno dal prezzo. Tutti gli acquirenti hanno la stessa valutazione della qualità: un'unità di bassa qualità vale P_L dollari, mentre un'unità di alta qualità vale P_H , ($P_H > P_L$).

Sappiamo dalla microeconomia che, in una condizione di equilibrio, l'offerta deve uguagliare la domanda per cui: $S(p) = D(p, \lambda(p))$. Il venditore, che conosce la qualità del prodotto scambiato, lo valuta e vende ad un prezzo maggiore del valore effettivo ($V_L < P_L$). Le unità qualitativamente migliori, infatti, per essere competitive andranno vendute ad un prezzo minore rispetto al valore reale ($V_H < P_H$). Nei mercati asimmetrici, gli acquirenti non possono osservare la qualità dei prodotti e i venditori possono vendere prodotti di bassa qualità spacciandoli per alta qualità. Il risultato è una fusione dei due mercati (alta e bassa qualità) in un unico prezzo. Infatti, man mano che il prezzo scende, anche la qualità diminuirà, in quanto gli acquirenti consci della possibilità di acquistare una qualità scadente, non vorranno pagare un prezzo più alto e i possessori/venditori di auto di maggiore qualità non reputeranno adeguato il prezzo di mercato. Il prezzo unico sarà un prezzo medio dato da: $\lambda P_L + (1 - \lambda) P_H$, che rappresenta il prezzo massimo che i consumatori sono disposti a pagare consapevoli del rischio. Tuttavia, questo prezzo massimo è il prezzo minimo al quale i venditori di beni di alta qualità sono disposti a separarsi dalle loro unità. I venditori di alta qualità lasceranno quindi il mercato fino a quando solo i prodotti di bassa qualità, i limoni, rimarranno in vendita.

1.3.1 Il costo della disonestà

Il modello "Lemons" può essere utilizzato per fare riferimento ai costi della disonestà. Consideriamo un mercato in cui le merci sono vendute onestamente e disonestamente; la qualità può essere rappresentata o può essere travisata. Il problema dell'acquirente, ovviamente, è identificare la qualità. La presenza di persone sul mercato che sono disposte a offrire beni inferiori tende a far sì che il mercato non esista, come nel caso dei "limoni" automobilistici. Questa possibilità rappresenta il principale costo della disonestà, in quanto i rapporti di disonestà tendono a spingere i rapporti onesti fuori dal mercato. Ci possono essere potenziali acquirenti di prodotti di buona qualità e ci possono essere potenziali venditori di prodotti nella fascia di prezzo appropriata; tuttavia, la presenza di persone che desiderano vendere mercantive come mercibonete tende a scacciare il business. Il costo della disonestà, quindi, non risiede solo nell'

importo con cui l'acquirente viene ingannato (prezzo maggiore), ma include anche la perdita subita dovuta all'interruzione dell'attività legittima.⁹

1.3.2 Altre evidenze sulle asimmetrie informative

Per più di due decenni, la ricerca sugli incentivi e le situazioni di equilibrio del mercato con informazioni asimmetriche è stata una parte prolifica della teoria economica. Nel 1996, sono stati riconosciuti i contributi fondamentali di James Mirrlees e William Vickrey alla teoria degli incentivi nell'ambito dell'informazione asimmetrica, in particolare, le loro applicazioni alla progettazione di una tassazione ottimale del reddito e dell'allocazione delle risorse attraverso diversi tipi di aste.¹⁰

Oggi, per lo studio di tali mercati, ci basiamo sugli studi di George Akerlof (University of California, Berkeley), Michael Spence (Stanford University) e Joseph Stiglitz (Columbia University), che hanno infatti trasformato il modo in cui gli economisti pensano al funzionamento dei mercati. L'informazione asimmetrica è una caratteristica comune delle interazioni di mercato: il venditore di un bene, spesso, sa di più sulla sua qualità rispetto al potenziale acquirente; il candidato al lavoro, in genere, sa di più sulle sue capacità rispetto al suo potenziale datore di lavoro e l'acquirente di una polizza assicurativa, di solito, sa di più sul suo rischio individuale rispetto alla compagnia assicurativa.

Akerlof, come abbiamo visto nel paragrafo precedente, ha mostrato come le asimmetrie informative possono produrre una selezione avversa nei mercati, provocando una diminuzione del volume degli scambi o addirittura una scomparsa del mercato.

Michael Spence ha dimostrato che gli agenti economici formati in tali mercati possono avere incentivi ad intraprendere azioni per segnalare le loro informazioni private ad agenti non informati, in modo da migliorare i loro risultati di mercato e quindi di contrastare gli effetti della selezione avversa¹¹ (ad esempio i concessionari di automobili possono offrire garanzie sulle auto usate per mettere in evidenza un'alta qualità e porre rimedio alle distorsioni del mercato). Il lavoro di Spence, "Job Market Signaling" (1973) tratta del problema delle asimmetrie relativamente al mercato del lavoro. Considerato che un datore di lavoro non è in grado di distinguere se un lavoratore ha una bassa piuttosto che un'alta produttività, il mercato potrebbe degenerare in una fattispecie per cui solo i lavoratori con bassa produttività verrebbero assunti a basso salario, (questo è analogo al risultato di selezione avversa nel mercato di Akerlof).

⁹The Market for "Lemons": Quality Uncertainty and the Market Mechanism, by George A. Akerlof (1970)

¹⁰Markets with Asymmetric Information: The Contributions of George Akerlof, Michael Spence and Joseph Stiglitz di Karl-Gustaf Lofgren, Torsten Persson e Jørgen W. Weibull (2008)

¹¹Markets with Asymmetric Information: The Contributions of George Akerlof, Michael Spence and Joseph Stiglitz di Karl-Gustaf Lofgren, Torsten Persson e Jørgen W. Weibull (2008)

Nel mercato del lavoro, il datore non conosce le capacità dell'individuo al momento dell'assunzione, può valutare la sua effettiva produttività solo dopo un periodo di tempo. Questo significa che l'assunzione di un lavoratore è un investimento e che compiere questa azione in condizioni incerte è come giocare alla lotteria. Spence, però, trova il modo per uscire da questa situazione di asimmetria informativa, basandosi su fattori propri degli individui come ad esempio l'educazione o l'istruzione. I lavoratori, per avere un salario maggiore e quindi dimostrare di essere altamente produttivi, possono acquisire un'istruzione per mettere in risalto le loro capacità.

1.3.3 Joseph Stiglitz e il mercato assicurativo

Joseph Stiglitz e Michael Rothschild scrissero l'articolo "Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information" (1976). Si focalizzarono sul mercato assicurativo, ovvero una fattispecie in cui le aziende non dispongono di informazioni sulla situazione di rischio dei singoli clienti. Le società (non informate) offrono ai loro clienti (informati) diverse combinazioni di premi e franchigie e, a determinate condizioni, i clienti scelgono la polizza che preferiscono.

Hanno quindi mostrato come gli agenti scarsamente informati possano estrarre informazioni da coloro che sono meglio informati offrendo un insieme di contratti alternativi per una transazione specifica, in altre parole effettuano il cosiddetto screening¹² attraverso l'autoselezione. Le compagnie di assicurazione possono quindi suddividere i loro clienti in classi di rischio, offrendo polizze diverse in cui, ad esempio, premi più bassi possono essere scambiati con franchigie più elevate.

Il modello può essere illustrato attraverso un semplice esempio: assumiamo che tutti gli individui in un mercato assicurativo siano identici, eccetto per la probabilità di malattia. Inizialmente tutti gli individui hanno la stessa entrata y . Un individuo ad alto rischio incorrerà in una perdita $d < y$ con una probabilità p^H e un individuo a basso rischio avrà la stessa perdita con una probabilità più bassa pari a p^L con $0 < p^L < p^H < 1$. Come in Akerlof, gli acquirenti, e in Spence, i datori di lavoro, le compagnie assicurative non possono osservare le politiche di rischio adottate dagli acquirenti. Dalla loro prospettiva coloro che hanno un'alta probabilità p^H di malattia sono "la bassa qualità", mentre coloro che hanno un basso rischio p^L sono di "alta qualità".

Nel caso di asimmetria informativa, Rothschild e Stiglitz hanno stabilito che vi sono due tipi di equilibri:

- Pooling, dove tutti gli individui acquistano la stessa polizza
- Separazione, gli individui comprano diversi contratti.

¹² Lo screening fu introdotto nelle analisi di Vickrey (1945) e Mirrlees (1971) sulla tassazione ottimale del reddito. Secondo cui un'autorità fiscale (inconsapevole delle produttività e delle preferenze private) dà ai salariati incentivi a scegliere la "giusta" quantità di sforzo lavorativo.

I due studiosi mostrano come il primo tipo di equilibrio non esiste nel loro modello¹³. Questo poiché in tale equilibrio una compagnia assicurativa può scremare il mercato offrendo un contratto che è migliore per gli individui a basso rischio ma peggiore per gli individui ad alto rischio. Mentre nel modello di Akerlof il prezzo è diventato troppo basso per i venditori di alta qualità, qui il premio di equilibrio sarebbe troppo alto per gli individui a basso rischio.

L'unico equilibrio potenziale nel modello Rothschild - Stiglitz è un equilibrio separato unico, dove due distinte polizze sono vendute nel mercato. Un contratto viene acquistato da tutti gli individui ad alto rischio, l'altro dai bassi rischi. Il primo prevede una copertura completa, mentre il secondo una copertura parziale, corrispondente al pagamento di un premio inferiore. In equilibrio, gli alti rischi, nonostante siano tentati dal premio inferiore, sceglieranno la copertura completa per evitare di partecipare alla spesa.¹⁴

1.4 La salute

In questo lavoro l'intento è quello di analizzare la fattispecie dei fallimenti di mercato nel sistema assicurativo sanitario.

Prima però, è bene capire cos'è la salute e perché la si tutela con forme assicurative.

“La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplice assenza di malattia o di infermità” (Costituzione dell'OMS, 1948).

Guardando l'aspetto più economico, la salute, inteso come bene, non può essere considerato come privato, ma come un bene comune e globale. Un bene si definisce comune quando non è escludibile, ma totalmente o parzialmente rivale, dal quale quindi non si può escludere nessuno, ma che comunque si consuma con l'uso. Un bene viene definito globale, se i suoi effetti non incidono solo all'interno del confine domestico, ma influenzano anche oltre i confini nazionali¹⁵. Ogni individuo guarda alla propria salute con l'obiettivo di ricavare il maggior beneficio per sé, tenendo conto degli alti costi delle cure. Tali costi, essendo la salute un bene comune, verranno socializzati, ovvero divisi tra i cittadini. L'individuo, avendo un alto beneficio ad un costo piuttosto basso, sfrutterà al massimo le cure determinando un sovrasfruttamento delle stesse (tutti potranno usufruirne in quanto non escludibile)¹⁶. Perciò la salute individuale è una faccenda sociale¹⁷.

Un individuo ha uno stock di salute iniziale che andrà a variare nel corso del tempo, secondo una serie di determinanti. I determinanti sono fattori che influenzano lo stato di salute di un individuo, sono input

¹³ Equilibrium in competitive insurance market: An Essay on the Economics of Imperfect Information" (1976)

¹⁴ Economia dei contratti di Vincenzo Scoppa e Antonio Nicita (2005)

¹⁵ La salute è un bene comune globale di Vittorio Pelligra, il sole 24 ore (2020)

¹⁶ Per spiegare le motivazioni del perché il bene salute è un bene comune ci rifacciamo all'articolo di Garrett Hardin "The Tragedy of the Commons" del 1968.

¹⁷ La salute è un bene comune globale di Vittorio Pelligra, il sole 24 ore (2020)

standard come: lo stile di vita, l'età, il sesso, la professione, il livello di istruzione, l'eredità genica, il sistema sanitario presente e le condizioni ambientali/culturali.

Questi fattori vengono ripresi da Grossman nel suo articolo "On the Concept of Health Capital and The Demand for Health" (1972). Lui fu il primo a trattare la salute non come un fattore esogeno, ma come il risultato di una serie di comportamenti malsani e di determinanti tali da influenzare lo stock iniziale. La salute, quindi, diventa l'esito di un processo di produzione.

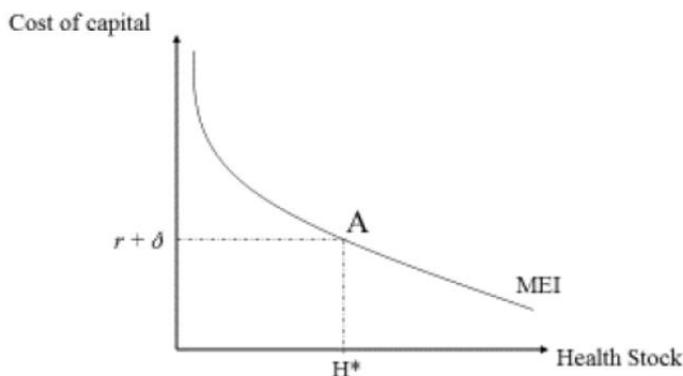
A livello grafico, costruendo la funzione di produzione, troveremo i fattori determinanti dello stato di salute, in una intercetta diversa. Ipotizziamo che un individuo abbia una maggiore probabilità di contrarre la malattia, l'intercetta che rappresenta il maggior rischio è più in basso rispetto a quella che avrebbe un individuo che, a parità degli altri determinanti, presenta un rischio minore.

Inoltre, Grossman classifica la salute sia come bene capitale che come bene di consumo. È un bene capitale in quanto determina il tempo di un individuo passato in condizioni di buona salute e in quelle di malattia e se quindi è in grado di svolgere attività lavorativa o meno. È un bene di consumo poiché concorre all'aumento della salute individuale. Capiamo quindi, che la produzione di salute non influenza solo l'utilità individuale, ma accresce anche il numero di giorni utili all'attività personale e lavorativa (e quindi al guadagno).

Per incrementare o mantenere lo stock iniziale di salute gli individui faranno una serie di investimenti prendendo in considerazione la produttività marginale dell'investimento (MEI), ovvero il beneficio ottenuto investendo un'unità in più in salute e il suo costo, frutto della somma tra il tasso di deterioramento della salute e il tasso d'interesse.

Quindi l'individuo domanda salute fino a: $MEI = \delta + r$.

Nella figura della domanda di salute, la curva della MEI è inclinata negativamente; tale inclinazione rappresenta la produttività marginale decrescente della salute. Il punto di equilibrio è A, a cui corrisponde un livello ottimale di stock di salute H^* .¹⁸



¹⁸ La salute attraverso gli occhi di un'economista di Cinzia Di Novi

Gli individui razionali, essendo avversi al rischio, decidono di tutelarsi da un'eventuale perdita improvvisa, assicurandosi. Il senso di assicurarsi è collegato sia al concetto di rischio che di bisogno; infatti gli individui si assicurano nell'ottica di garantirsi risorse per bisogni ed esigenze future in modo da tutelarsi dal rischio sia dal punto di vista medico che economico.

2.1 Il mercato assicurativo

Il mercato dell'assicurazione sanitaria privata si basa sulla sottoscrizione volontaria dei consumatori di una polizza di copertura dalle spese mediche. Pagando dunque un premio, i sottoscrittori verranno coperti dai rischi legati ad eventuali malattie. Tale rischio, passerà, quindi, da un consumatore ad un'impresa assicurativa, che ha l'obiettivo di raccogliere quanti più premi possibili per operare in condizioni di certezza.

Il premio non è altro che un costo periodico basato su valutazioni di rischio; è scontato affermare che premi più elevati vengano addebitati alle persone a rischio più elevato.

Il premio unitario di cui stiamo trattando si calcola con la seguente equazione:

$$\text{Premio} = \text{Premio equo} + \text{Loading} = \pi D + L$$

Dove il "Premio equo" non è altro che il prodotto tra probabilità dell'evento rischioso assicurato e la perdita totale assicurata, mentre il "Loading" è uguale al caricamento sul Premio equo dei costi di gestione e del profitto.

Il pagamento di tale premio dà all'assicurato la consapevolezza di poter avere il rimborso dei servizi sanitari, richiesti per la cura di malattie. Ovviamente, si possono avere diverse tipologie di copertura: dalla totale, fino alla previsione di una serie di strumenti come franchigie, massimali o altre fattispecie di compartecipazione alla spesa. Ogni individuo, pertanto, può sottoscrivere un'assicurazione su misura in accordo con la propria compagnia, tenendo conto di variabili come l'età, le condizioni di salute, la propensione al rischio, l'occupazione, lo stile di vita e la disponibilità finanziaria. Quindi, ogni contraente riceverà un preventivo differente e personalizzato¹⁹.

Come diverse tipologie di coperture assicurative, vi sono anche diverse compagnie private che si occupano di erogare la polizza. Nello schema competitivo si possono trovare sia assicurazioni lucrative che non. Nelle prime il premio sarà calcolato in base al rischio del singolo consumatore, ad esempio, coloro che adottano dei comportamenti malsani dovranno sostenere dei premi maggiori rispetto a coloro che invece conducono uno stile di vita sano. Le imprese assicurative senza scopo di lucro, prediligono andare a definire i premi "group-oriented", ovvero in cui il premio non differisce tra i soggetti che fanno parte di una stessa categoria

¹⁹ Health politics di Federico Toth (2020)

professionale. Le compagnie no profit usano anche il metodo *community-rated*, in cui si prende come parametro l'aspetto geografico per uguagliare i premi. Come detto precedentemente, l'obiettivo delle compagnie assicurative è quello di ottenere la sottoscrizione di più polizze possibili, questo poichè il principio di tale mercato è di redistribuzione del rischio, ovvero le cure sanitarie di chi è malato vengono pagate da chi non lo è. Vi sono comunque dei limiti per la richiesta di assicurazione legati alle maggiori probabilità di contrarre malattie, ad esempio, generalmente vengono esclusi individui maggiori di 75 anni, i tossicodipendenti e coloro che sono affetti da HIV. Questo poichè essendo le compagnie assicurative lucrative, non traerebbero vantaggio dal supportare le spese per le cure di tali soggetti più rischiosi.

Per comprendere meglio il funzionamento del mercato in questione, si prende in considerazione una fattispecie esemplificata, la quale prende in riferimento individui omogenei nella probabilità pari a 0,1 di contrarre la malattia e che si rivolgono ad una compagnia non lucrativa²⁰. L'applicazione della legge dei grandi numeri²¹ a tale fattispecie, ci porta a dire che quando il numero di soggetti nel gruppo è grande, la proporzione di individui che contrarranno la malattia si avvicina alla probabilità di contrarre la malattia stessa, in questo caso il

10%.

L'assicurazione, quindi, sa solo la percentuale degli individui che contrarranno la malattia. Ipotizziamo che 100 sia il numero di soggetti, che la malattia venga curata con un servizio pari a 500 € e che l'assicurazione copra tutti i costi. Il rimborso dovuto ad ogni individuo è pari $0,1 \times 500 = 50$. Se tutti pagano un premio pari a tale rimborso, l'assicurazione raccoglie un importo pari a 5.000 (50×100). Essendo la percentuale pari al 10%, gli ammalati saranno 10, difatti la compagnia raccoglierà un ammontare pari al costo delle cure di 10 soggetti ($500 \times 10 = 5.000$).

In sostanza, il mercato assicurativo prevede una mutualizzazione del rischio, ovvero che tutti i sottoscrittori andranno ad assicurarsi a vicenda, tutti pagheranno un premio, che verrà utilizzato per pagare i servizi medici a chi contrae la malattia: lo strumento assicurativo, permette una redistribuzione delle risorse da chi gode di buona salute a chi si ammala. Tale mutualizzazione funziona solo se il numero di individui che sottoscrivono la polizza sia abbastanza grande, altrimenti l'assicurazione non sarà in grado di finanziare le cure²² o non dovrà pagare nulla. L'esempio riportato, prende in considerazione una compagnia assicurativa che non ha alcun scopo lucrativo, in tale fattispecie la soddisfazione di un individuo è massima se si assicura completamente pagando un premio equo²³. Quando però la compagnia è lucrativa, il premio pagato è maggiore di quello equo, ma comunque determinato in maniera tale che i benefici potenziali, in termini di riduzione del rischio, devono essere maggiori dei costi, altrimenti l'impegno a sottoscrivere non avrebbe senso. Il premio equo, incontra dei limiti quando i consumatori cambiano la loro propensione al rischio, magari a causa di un

²⁰ Assicurazione sanitaria di Francesca Barigozzi (2006)

²¹La legge dei grandi numeri di Bernoulli prevede che "all'aumentare del numero di prove, la distribuzione di probabilità della frequenza relativa con cui un evento casuale si verifica tende sempre più a concentrarsi attorno al valore di p (probabilità dell'evento stesso)."

²² Assicurazione sanitaria di Francesca Barigozzi (2006)

²³ Assicurazione sanitaria di Francesca Barigozzi (2006)

aumento di reddito e quando la probabilità che si verifichi un evento è discorde tra assicurato e assicuratore, quindi non ha senso parlare di premio equo.

La stipula della polizza viene considerata sia uno strumento di rimborso che di tutela nel momento di infortunio. Parliamo infatti di rimborso quando il consumatore richiede dei servizi sanitari e la spesa in questione sarà cura della compagnia assicuratrice. Il rimborso può avvenire sia in modo indiretto, cioè il paziente sosterrà la spesa e poi invierà tutta la documentazione all'ente per il rimborso, o diretto, ovvero quando pagherà direttamente l'assicurazione stessa. Viene considerato uno strumento di tutela quando rientrano nel pacchetto tutta una serie di servizi offerti come: indennizzo per invalidità, l'assistenza domiciliare o la copertura legale.

Il mercato assicurativo esiste a causa dell'incertezza che contraddistingue l'area della salute. Gli individui avversi al rischio, infatti, migliorano la propria utilità sottoscrivendo la polizza. Tali individui, come detto ampiamente prima, cedono un corrispettivo economico in modo che la compagnia assicurativa si assuma il rischio, garantendo una copertura nel caso di un evento avverso. Le compagnie di assicurazione rappresentano un soggetto indifferente al rischio, per cui nel mercato dove operano, si assiste ad un passaggio del rischio tra l'individuo avverso ad uno neutrale (l'assicurazione).²⁴ Parliamo di indifferenza, in quanto sarà in grado di neutralizzare l'incertezza grazie alla differenziazione, ovvero grazie al numero elevato di contraenti che fanno domanda.

Abbiamo più volte detto che la valutazione del premio richiesto ad un soggetto dipende dal rischio²⁵. Visto che un individuo razionale è avverso al rischio, nel momento in cui si troverà a scegliere tra più prospetti²⁶ in un situazione di incertezza, sceglierà quello che ha un'utilità attesa più alta (teoria dell'utilità attesa).

Quindi, al risultato ottenibile in ambito sanitario, viene associata l'utilità attesa dell'individuo e la sua propensione al rischio (per valutarla prenderemo in considerazione l'equivalente certo²⁷ e il premio per il rischio²⁸):

- Colui che è avverso al rischio presenterà una fattispecie per cui l'equivalente certo è sempre inferiore al suo valore atteso ²⁹, $U(W_0) > U(W_1)$. La sua funzione utilità è concava.³⁰
- L'indifferente avrà un'uguaglianza: $U(0) = U(W_1)$, ovvero l'equivalente certo è pari al valore atteso. La sua funzione utilità è lineare, poichè prende decisioni solo in base al valore atteso.

²⁴ Richiami di teoria dell'utilità attesa. Avversione al rischio, premio per il rischio, assicurazione (2019)

²⁵ Un individuo avverso al rischio è colui che predilige pagare un premio certo, piuttosto che incorrere nel rischio di avere a suo carico tutte le spese mediche in seguito ad un incidente o all'insorgere di malattia.

I soggetti neutrali al rischio sono coloro che sono indifferenti tra pagare per un valore corrispondente alla scommessa (premio) o affrontarla.

Chi è propenso al rischio preferisce non sottoscrivere alcuna assicurazione.

²⁶ Prospetto: distribuzione di probabilità associata ai premi

²⁷ Equivalente certo: valore considerato equivalente al valore incerto del prospetto

²⁸ Premio per il rischio: differenza tra il valore atteso e l'equivalente certo, rappresenta quanto un individuo è disposto a pagare per assicurarsi contro l'incertezza. Il premio è nullo se l'individuo è neutrale.

²⁹ Valore atteso: media ponderata dei possibili valori di un prospetto

³⁰ Deformazione nella valutazione sotto incertezza: l'utilità attesa

- Per colui che è propenso al rischio $U(W_0) < U(W_1)$, l'equivalente certo è maggiore del valore atteso. La funzione di utilità è convessa.

Questo spiega dunque il perchè gli individui razionali tendono a stipulare un contratto assicurativo.

Vi sono diversi ruoli che assume l'assicurazione privata rispetto a quella pubblica nei vari Stati. I paesi dell'OCSE, in generale, offrono una copertura alle spese mediche, se non a tutta la popolazione, almeno ad una fascia di essa. Quindi in base al ruolo assunto, la copertura privata viene considerata come:

- **Primaria o Sostitutiva:** per chi la sottoscrive rappresenta l'unica forma di copertura di servizi essenziali
- **Complementare:** chi la sottoscrive è coperto da cure non incluse in quella obbligatoria o pubblica, funge quindi da integrazione a quanto già coperto.
- **Supplementare:** chi la sottoscrive ha la copertura su prestazioni che in realtà sono già coperte. La sottoscrive in quanto non ritiene le cure standard, previste nel pacchetto obbligatorio, adeguate o magari vorrebbe avere la possibilità di scelta del medico curante.

Nei paragrafi successivi tratterò della presenza di asimmetria informativa, sia nella forma di adverse selection che di moral hazard. Nonostante ciò, il mercato assicurativo non è sempre sinonimo di fallimento, infatti in linea teorica, nel momento in cui l'assicurazione svolge le sue transazioni in ambito di concorrenza perfetta, ovvero fattispecie in cui l'extraprofitto è nullo, andrà a fissare un premio equo. Operare in concorrenza perfetta, vuol dire dunque operare in una fattispecie di contratti attuarialmente equi, dove il premio sarà pari alla perdita attesa dovuta ad eventuali sinistri più la remunerazione della società assicurativa.³¹ Tale premio, se pagato da tutti i soggetti avversi al rischio per avere una copertura completa, garantisce agli stessi il raggiungimento dell'ottimo paretiano; ed inoltre la transazione permetterebbe un aumento dell'efficienza economica.

2.2 Le inefficienze nel mercato assicurativo

Nel capitolo precedente, abbiamo analizzato le asimmetrie informative, in forma di adverse selection e di moral hazard. Il mercato che ho scelto per trattare di questo fallimento di mercato è quello assicurativo.

Il mercato assicurativo sanitario, oggetto di trattazione, è inefficiente. Tale inefficienza è legata al rapporto di asimmetria informativa che esiste tra le assicurazioni e gli assicurati. In riferimento all'asimmetria informativa, essa si presenta sia in forma di selezione avversa che di moral hazard. Prima di trattare queste due fattispecie nello specifico, è bene capire da dove si genera quest'imperfezione di mercato. Per capirlo dobbiamo delineare le condizioni necessarie per ottenere l'efficienza. Queste condizioni sono molteplici e riguardano: rischi individuali degli assicurati noti alle compagnie di assicurazione (informazione simmetrica), probabilità della malattia osservabile e non modificabile dal consumatore³² e assenza di esternalità.³³ In mancanza di anche uno di questi fattori si ha asimmetria informativa.

³¹ Assicurazione sanitaria di Francesca Barigozzi (2006)

³² Analisi e strumenti di politica sociale di Dino Rizzi, Francesca Zantomio (2013)

³³ Assicurazione sanitaria di Francesca Barigozzi (2006)

Il problema sussiste in virtù del fatto che ciò che avviene in trattazione teorica è differente da ciò che accade nella realtà; infatti, quando parliamo di mercato assicurativo sanitario intendiamo una fattispecie dove non si ha efficienza poichè non si può più offrire agli individui una copertura completa al premio equo.

Nel mercato assicurativo sanitario, dunque, l'asimmetria informativa si esplica sia nell'adverse selection in fase pre contrattuale, sia in moral hazard, sia in una fase successiva che precedente alla stipula del contratto.

2.2.1 La selezione avversa

Nel settore assicurativo, la selezione avversa si riferisce generalmente a qualsiasi situazione contrattuale in cui una parte possiede informazioni rilevanti che l'altra non possiede, o ne comunica di false, che non solo contrastano l'efficacia del sistema di valutazione rischi della compagnia assicurativa, ma vengono anche sfruttate portando la parte che non ha le stesse conoscenze a prendere decisioni che causano effetti negativi. Nello specifico, si riferisce a situazioni in cui una compagnia di assicurazione estende la copertura assicurativa ad un richiedente il cui rischio effettivo è sostanzialmente superiore al rischio noto alla compagnia. La compagnia di assicurazione quindi, subisce effetti negativi offrendo una copertura ad un costo che non riflette accuratamente l'effettiva esposizione al rischio del consumatore. Prendiamo ad esempio un individuo dipendente da nicotina che riesce ad ottenere una copertura assicurativa come persona senza dipendenza. Il fumo è un fattore di rischio chiave per l'assicurazione sanitaria, quindi, una persona che usa prodotti a base di nicotina deve pagare premi più alti per ottenere lo stesso livello di copertura di chi non lo fa. Nascondendo la propria dipendenza dalla sostanza, il richiedente sta portando la compagnia di assicurazione a prendere decisioni sulla copertura, o sui costi dei premi, che sono contrari alla gestione del rischio finanziario. Questo perché l'individuo sa che, in termini probabilistici, spenderebbe di più (senza copertura assicurativa) per l'assistenza sanitaria durante tutto l'anno rispetto al premio mensile; mentre, un consumatore in buona salute, potrebbe considerare il piano costoso e, perciò, potrebbe decidere di cercare polizze di copertura più basse o di non acquistare affatto l'assicurazione. Si va a determinare un problema in cui il gruppo di assicurati contiene un numero sproporzionatamente elevato di soggetti con un rischio maggiore della media di ammalarsi che utilizzano più frequentemente la copertura sanitaria di quelli con un rischio inferiore. La selezione avversa può influire negativamente sul piano finanziario delle imprese assicurative, portando a un minor numero di assicuratori tra cui scegliere sul mercato o tariffe più elevate per coloro che acquistano la copertura. Poiché le persone sane abbandonano il mercato dell'assicurazione sanitaria, il pool di assicurati contiene più polizze ad alto rischio.³⁴ Ciò significa che la compagnia di assicurazione sarebbe costretta a

³⁴What Is Adverse Selection in Health Insurance? Di Sterling Price (2021)

pagare una quota maggiore di sinistri rispetto al numero di polizze in vigore. Infatti, l'effetto dell'assenza di persone sane nel pool assicurativo, è la riduzione dell'importo totale dei premi che la compagnia di assicurazione riceve. Questo costringe quindi le imprese ad aumentare le tariffe per compensare la differenza. Di conseguenza, le persone più sane tenderanno a rinunciare alle loro polizze a causa dell'aumento dei costi dell'assicurazione sanitaria. Caso applicato alle assicurazioni sanitarie del mercato dei bidoni/limoni (Akerlof).

La scelta diversa della tipologia di piano assicurativo, a seconda se si è individui ad alto o basso rischio, in realtà è un normale processo chiamato selezione differenziale, che diventa selezione avversa, e quindi rischioso per l'efficienza allocativa, quando agli individui non viene addebitato il costo marginale nella scelta dei piani.³⁵

Per spiegarla meglio, anche a livello numerico, utilizziamo lo studio di David M. Cutler, Richard J. Zeckhauser (1998). Loro ci propongono un esempio, ipotetico e semplificato, di processo di selezione avversa.

- Vengono offerti due piani: uno generoso ed uno più moderato;
- Si hanno due individui con diversa propensione al rischio: una alta ed una bassa;
- La spesa è maggiore per il piano generoso, indipendentemente dal rischio.

	Resource costs of coverage			Benefit difference: generous less moderate plan
	Moderate	Generous	Difference	
Low-risk individuals	\$40	\$60	\$20	\$15
High-risk individuals	70	100	30	40

L'ultima colonna rappresenta il guadagno in benefici che i diversi tipi di individui ricevono dal piano generoso rispetto a quello moderato. I rischi più elevati hanno maggiori benefici in quanto i loro piani saranno più generosi.

Il risultato efficiente è la collocazione delle persone ad alto rischio in un piano più generoso e delle persone a basso rischio in uno più moderato. Per i rischi elevati, il valore incrementale del piano generoso è 40\$, che è maggiore del suo costo aggiuntivo (30\$). Per i bassi rischi sarà l'esatto opposto: $15\$ < 20\$$.

Supponiamo quindi che gli assicuratori applichino lo stesso premio per tutti gli iscritti al piano, poiché per la compagnia è difficile distinguere il grado di rischio che caratterizza i diversi individui. A partire dall'equilibrio

³⁵Adverse Selection in Health Insurance di David M. Cutler and Richard J. Zeckhauser (1998)

efficiente, i premi che coprirebbero i costi sono 40\$ per il piano moderato e 100\$ per il generoso. Se questi premi fossero offerti tutte le persone ad alto rischio passerebbero al piano a basso rischio: il costo aggiuntivo per i rischi elevati al piano generoso (60\$), non vale il beneficio aggiuntivo (40\$). Quindi tutti finirebbero nel piano moderato. I premi riflettono i due rischi, perciò distorcono le scelte verso il piano moderato.

L'entità della selezione avversa è influenzata dall'età, dal sesso, dal reddito, dalla ricchezza, dall'occupazione, dallo stato di salute attuale e dal tipo di politica richiesta, dal motivo di acquisto della copertura assicurativa (se volontaria e non obbligatoria sarà maggiore l'effetto) e dal tipo di politica (ci si aspetta un livello più elevato di adverse selection nelle polizze a breve termine). Pare inoltre, che l'entità della selezione avversa diminuisca nel tempo poiché le persone possono indovinare meglio la loro situazione di salute per l'anno successivo.³⁶

2.2.1.1 Studi sulla selezione avversa

Nella teoria assicurativa classica, la selezione avversa provoca perdite per gli assicuratori.³⁷ Secondo la teoria convenzionale della domanda di assicurazione, gli assicuratori considerano i tassi di malattia percepiti della popolazione per impostare il premio, mentre gli individui possono essere divisi in due gruppi di livello di rischio: gruppi a basso e alto rischio. Gli individui a basso rischio però si rendono conto che il loro tasso di malattia è basso e che stanno sovvenzionando individui ad alto rischio, quindi saranno riluttanti a sottoscrivere; mentre gli individui ad alto rischio avranno la motivazione per l'acquisto di più assicurazioni in quanto stanno pagando meno del loro tasso reale e stanno effettivamente ricevendo sussidi da individui a basso rischio. Le compagnie quindi, finiscono per assicurare con di tassi di rischio superiori alla media.

La teoria convenzionale della selezione avversa contiene le seguenti ipotesi³⁸:

- 1) La differenza di esposizione al rischio: le persone differiscono nel livello di esposizioni al rischio determinate esogenamente. Per semplicità, consideriamo che le persone siano divise in due gruppi di livelli di rischio, gruppi ad alto e basso rischio.
- 2) La correlazione positiva tra livello di rischio auto-percepito e livello di rischio reale: la selezione avversa si verifica quando le convinzioni degli individui sulla loro probabilità di malattia e sui loro tassi reali sono positivamente correlate. In caso contrario, non vi sarà una differenza sistematica tra i tassi degli assicurati e quelli della popolazione e quindi non si verificherà alcuna selezione avversa.
- 3) Nessuna relazione tra il livello di avversione al rischio e la rischiosità: in altre parole, non c'è modo di affermare se gli individui ad alto rischio siano meno avversi al rischio rispetto agli individui a basso rischio e viceversa.
- 4) I clienti sanno di più sulla loro rischiosità rispetto agli assicuratori e utilizzano in modo efficiente le loro informazioni contro gli assicuratori. L'implicazione di tali ipotesi sarà che gli assicuratori, che si trovano ad

³⁶ Advantageous Selection versus Adverse Selection in Life Insurance Market di Ghadir Mahdavi (2005)

³⁷ Advantageous Selection versus Adverse Selection in Life Insurance Market di Ghadir Mahdavi (2005)

³⁸ Advantageous Selection versus Adverse Selection in Life Insurance Market di Ghadir Mahdavi (2005)

affrontare una selezione avversa, fissano il premio più elevato per potersi permettere i sinistri che comportano l'uscita di coloro che hanno un rischio basso dal mercato e un'insufficiente capacità di fornire il prodotto.

Relativamente a queste ipotesi, l'adverse selection viene definita per descrivere una situazione in cui l'asimmetria informativa tra assicurati e assicuratori porta il mercato ad una situazione di inefficienza. Ci sono comunque molte evidenze empiriche che sembrano entrare in conflitto con la teoria standard della selezione avversa nel mercato assicurativo. Hemenway (1990) ha rilevato che, in un ospedale del Texas, la percentuale di assicurati tra i motociclisti con casco e senza casco è rispettivamente del 73% e del 59%. Ha anche scoperto che tra gli automobilisti, il 40% di coloro che indossavano la cintura di sicurezza ha acquistato un'assicurazione, mentre solo il 33% di coloro che non indossavano la cintura ha acquistato la copertura.³⁹ Entrambi gli esempi mostrano che gli individui ad alto rischio (non protetti dal casco e che non indossano le cinture) acquistano meno copertura.

Ghadir Mahdavi (2005) ha mostrato il caso in cui gli individui a basso rischio preferivano continuare ad acquistare la polizza anche se stavano pagando più del loro giusto prezzo. Come risultato della correlazione negativa tra avversione al rischio ed esposizione al rischio, gli individui a basso rischio preferiscono acquistare una polizza di assicurazione sulla vita anche se il prezzo non è equo per loro e in realtà stanno sovvenzionando gli assicurati ad alto rischio.⁴⁰

Jullien, Salanie e Salanie (1999) hanno fornito le condizioni sufficienti in cui gli agenti più avversi al rischio esercitano maggiori sforzi per ridurre la probabilità di perdita. Hanno mostrato che l'autoprotezione aumenta con l'avversione al rischio se, e solo se, la probabilità iniziale di perdita è abbastanza bassa. Questi risultati rafforzano l'idea di una selezione vantaggiosa nel mercato delle assicurazioni.

Per descrivere la contraddizione tra la teoria convenzionale e i risultati empirici, ci concentriamo ora sullo sforzo precauzionale per evitare perdite. Invece di supporre che le persone differiscano nel livello di esposizioni al rischio esogenamente individuate, che determina la domanda assicurativa, ci concentriamo sul presupposto che gli individui altamente evitanti il rischio hanno maggiori probabilità sia di cercare di ridurre il rischio acquistando un'assicurazione, che adottando sforzi precauzionali fisici. In altre parole, le persone che acquistano più assicurazioni tendono ad essere più attente alla sicurezza e quindi sono più inclini ad intraprendere sforzi precauzionali. Al contrario, gli individui meno avversi al rischio hanno meno probabilità di acquistare volontariamente un'assicurazione e sono quelli che hanno maggiori probabilità di mettersi deliberatamente in situazioni pericolose. Di conseguenza, in questo contesto, l'effetto di selezione sarà vantaggioso per il mercato in quanto gli assicuratori finiscono con molti individui cauti a basso rischio che probabilmente pagheranno per sforzi precauzionali⁴¹.

³⁹ Advantageous Selection versus Adverse Selection in Life Insurance Market di Ghadir Mahdavi (2005)

⁴⁰ Advantageous Selection versus Adverse Selection in Life Insurance Market di Ghadir Mahdavi (2005)

⁴¹ Advantageous Selection versus Adverse Selection in Life Insurance Market Ghadir Mahdavi (2005)

La motivazione di questo “cambio” di vedute è dovuta ad una sempre più efficace politica di sottoscrizione: le compagnie di assicurazione conoscono i loro costi di produzione e i tassi di rischio degli assicuratori che saranno più accurati di quelli percepiti dai consumatori stessi.

2.2.1.2 Perdite e soluzioni teoriche

L'adverse selection può portare a tre classi di perdite⁴²:

- Perdite di efficienza, dovute all'assegnazione sbagliata dei piani agli individui, questo poiché i prezzi per i partecipanti non riflettono i costi marginali, quindi su una base di costi-benefici gli individui selezionano i piani sanitari sbagliati;
- La diffusione del rischio desiderabile è persa; non si può avere infatti una condivisione del rischio delle perdite dovuto all'aumento della variabilità.
- Perdite a causa della distorsione delle polizze: le compagnie assicuratrici manipolano le loro offerte per scoraggiare i malati e attirare i sani, in modo da migliorare il loro mix di assicurati.

Nicita e Scoppa (2005) hanno ripreso gli studi di Rothschild e Stiglitz, con lo scopo di verificare cosa avviene ai possibili equilibri nel mercato quando viene utilizzata l'attività di screening dalle assicurazioni per limitare il fenomeno della selezione avversa e quindi conoscere il livello di rischio degli individui⁴³:

nell'equilibrio di pooling, o di aggregazione, viene determinato un prezzo medio al quale gli alti e i bassi rischi acquisteranno le polizze e non sarà possibile distinguere i diversi rischi e quindi attuare un meccanismo di screening. Il problema in tale fattispecie è che l'asimmetria informativa non verrebbe limitata ed inoltre, in un sistema concorrenziale, tale equilibrio non può esistere. Per dimostrare tale assunto hanno considerato sempre il solito binomio alto-basso rischio; gli individui ad alto rischio hanno una probabilità pari a π^A , mentre gli individui a basso rischio hanno una probabilità pari a π^B , dove $\pi^A > \pi^B$. Essendo che la probabilità π^A di incorrere in un sinistro è maggiore, l'individuo con alto rischio sarà disposto a pagare un maggior quantitativo in una situazione positiva, in cambio di essere certo che avrà maggiore ricchezza in una situazione negativa. Invece, chi ha la probabilità pari a π^B , sarà disposto a pagare un premio inferiore in quanto l'evento negativo si verifica con meno frequenza. Non conoscendo la rischiosità degli individui, la compagnia di assicurazione va a stabilire, appunto, un premio medio. A questo premio l'individuo A (maggior rischio) si assicura completamente, mentre l'individuo B solo parzialmente o affatto. Ovviamente le loro scelte modificano il rischio effettivo della compagnia in quanto vi

⁴² Adverse Selection in Health Insurance di David M. Cutler and Richard J. Zeckhauser (1998)

⁴³ Economia dei contratti di Vincenzo Scoppa e Antonio Nicita (2005)

saranno più sottoscrittori ad alto rischio, peggiorando il pool di assicurati e disincentivando i buoni rischi dalla sottoscrizione.⁴⁴

Nell'equilibrio con free entry o di separazione, le imprese assicurative propongono diverse combinazioni di premio-copertura. Tale equilibrio permette dunque un'autoselezione dei sottoscrittori, i quali sceglieranno la combinazione più vicina alle loro esigenze e l'assicuratore sarà in grado di separare i rischi e quindi di attuare un meccanismo di screening. L'equilibrio in questione è quello di Nash per cui non si avranno profitti negativi all'interno di tale equilibrio.⁴⁵ Naturalmente, non si avrà la stessa efficienza rispetto a mercati in cui l'informazione è simmetrica, poiché sia la quantità acquistata che l'utilità dei sottoscrittori a basso rischio è inferiore a quelli che si ha in condizioni di efficienza a causa delle esternalità negative provocate dai sottoscrittori ad alto rischio.⁴⁶

2.2.2 Asimmetria informativa post contrattuale - moral hazard nel mercato assicurativo sanitario

L'azzardo morale è un concetto importante nell'economia della salute. Si riferisce all'incentivo degli individui coperti da assicurazione a modificare i loro comportamenti in modi che possano incrementare la probabilità che si verifichi l'evento assicurato. Dalla definizione capiamo, quindi, che si ha moral hazard ogni qual volta gli individui sono in grado di influenzare, con le loro azioni, la probabilità di malattia o la quantità di cure mediche consumate, adottando comportamenti diversi da quelli intrapresi in condizione di non assicurazione. Ipotizziamo la fattispecie in cui la nostra assicurazione copra le visite specialistiche preventive, con l'azzardo morale si avrebbe un aumento della frequenza di visite specialistiche successivamente alla sottoscrizione della polizza. È comunque comprensibile che gli individui, in seguito alla stipula dell'assicurazione, si sentano più tranquilli poiché, se dovessero insorgere delle patologie, non dovrebbero sostenere tutti i costi derivanti dalle cure mediche.

2.2.2.1 Le diverse manifestazione del moral hazard

Secondo Zweifel e Manning (2000)⁴⁷ è possibile distinguere due tipi di comportamento moral hazard nel mercato assicurativo sanitario, uno antecedente ed uno posteriore alla stipula del contratto:

- Ex ante (prima della stipula)

Insieme all'adverse selection, il moral hazard ex ante, o anche noto come selezione su azzardo morale, si manifesta in un tempo antecedente all'episodio di malattia. Gli assicurati compiono tutta una serie di azioni, non osservabili, che vanno a modificare la probabilità che la malattia si verifichi. In particolare si fa riferimento alla prevenzione primaria, ovvero non si adottano tutti quegli accorgimenti che rendono meno probabile la malattia.

⁴⁴ Economia dei contratti di Vincenzo Scoppa, Antonio Nicita (2005)

⁴⁵ Assicurazione di Francesca Barigozzi (2006)

⁴⁶ Economia dei contratti di Vincenzo Scoppa e Antonio Nicita (2005)

⁴⁷ Moral hazard and consumer incentives in health care (2000)

Dunque può essere considerato azzardo morale ex-ante avere uno stile di vita non sano, ovvero il fatto di seguire una dieta scorretta, di non fare esercizio fisico o di fumare.⁴⁸ Si tratta quindi, di tutti quei comportamenti opportunistici da parte degli assicurati atti a non fare tutto il possibile per evitare la malattia. L'esempio della prevenzione primaria, come un comportamento corretto che non crei inefficienza, è comunque un'attività costosa e non funzionale per l'utilità del consumatore. Infatti, data la sua copertura contro il rischio di malattia e dato che la prevenzione non prevede alcuna forma di ritorno, il consumatore razionale non ha nessun interesse a compierla, in quanto non otterrebbe nessun vantaggio economico.

Quindi, solamente quando i costi delle cure mediche sono totalmente a carico del consumatore, egli ha interesse a compiere il massimo sforzo per evitare la malattia; tale fattispecie si ha in assenza della possibilità di assicurarsi.

Le compagnie assicuratrici, consapevoli di ciò, incoraggiano la profilassi tramite l'offerta di contratti con copertura parziale. Questo, però, genera un trade-off tra assicurazione ed efficienza, in quanto l'incremento dell'avversione al rischio porta alla crescita di inefficienza generata da una copertura parziale; ma, a sua volta, l'aumento della copertura assicurativa, provoca una diminuzione della prevenzione adottata dagli individui. In ogni caso, data la copertura parziale offerta dalle assicurazioni, i consumatori scelgono un livello di prevenzione tale da eguagliare il beneficio marginale della prevenzione al costo marginale della prevenzione stessa.⁴⁹

È interessante notare che l'azzardo morale ex ante, nel contesto dell'assicurazione sanitaria, passa spesso in secondo piano rispetto a quello che si verifica in altri contesti. Infatti, ad esempio, le conseguenze di una riduzione della prevenzione alla guida (assicurazione automobilistica) e sul lavoro (assicurazione di compensazione dei lavoratori) provocano eventi avversi per la salute immediati e talvolta piuttosto gravi. In confronto, una dieta povera e il fumo non influenzeranno negativamente la salute per molti anni, il che riduce il costo di questi comportamenti (cioè, riduce il beneficio della prevenzione). In sintesi, ci sono ragioni teoriche per credere che la copertura assicurativa sanitaria possa causare una riduzione delle attività di prevenzione, ma gli studi empirici devono ancora fornire prove sufficienti per sostenere questa previsione. Dato che nella pratica l'ex-ante moral hazard ha conseguenze limitate, alcuni autori hanno suggerito che la perdita di benessere dovuta al moral hazard ex ante sia piccola poiché l'assicurazione offre una copertura incompleta: sebbene la componente monetaria sia coperta, ci sono comunque delle perdite di utilità significative in termini di sofferenza.

La conseguenza di quest'asimmetria ex-ante è l'aumento della frequenza della malattia, quindi il conseguente aumento delle spese per le cure mediche, i rimborsi e i premi assicurativi.

- Ex post (post contrattuale)

⁴⁸ Assicurazione sanitaria di Francesca Barigozzi (2006)

⁴⁹ Health insurance and ex ante moral hazard: evidence from Medicare di Dhaval Dave e Robert Kaestner (2009)

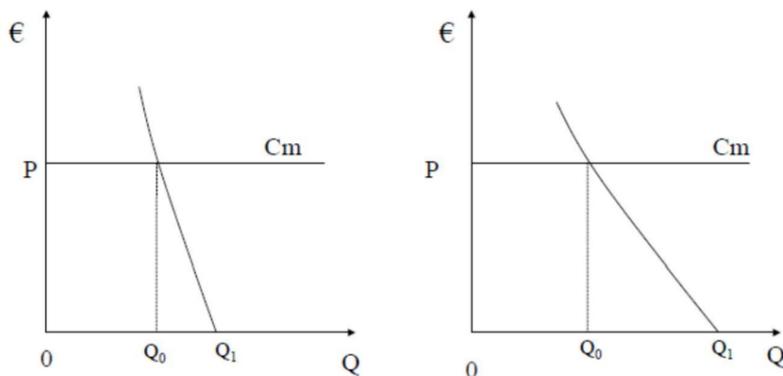
Il moral hazard ex-post è una caratteristica propria del mercato dell'assicurazione sanitaria. Avviene quando gli individui compiono un'azione che influenza l'ammontare della perdita monetaria nel caso di malattia, ovvero acquistano più cure mediche di quanto sarebbe socialmente utile. Questo in virtù del fatto che il loro costo viene coperto interamente o in parte dalla polizza; la diminuzione del loro costo marginale ne fa crescere l'utilizzo. Il cercare più cure mediche rispetto a quanto necessario è il comportamento razionale di un qualunque agente economico che vede il prezzo dell'uso in eccesso di un bene ripartito tra più acquirenti. Ogni individuo, infatti riconosce che l'uso "eccessivo" di cure mediche aumenti il premio che deve pagare. Nessuno sarà motivato a limitare la richiesta di cure, dato che il beneficio incrementale per l'eccesso di utilizzo è maggiore del costo aggiuntivo del suo uso, essendo questo distribuito su altri titolari di assicurazioni. Sarebbe, ovviamente, meglio per tutti i beneficiari dell'assicurazione limitarne il ricorso, ma non è possibile in quanto la strategia di "uso limitato" è dominata da quella di "utilizzare cure in eccesso".⁵⁰

Come visto precedentemente, nella trattazione del moral hazard ex-ante, il livello di consumo ottimale si ha in assenza di assicurazione, in quanto il costo marginale pagato per avere un'unità in più di trattamento è uguale al suo costo marginale sociale, ovvero al costo marginale effettivo⁵¹. Analogamente al moral hazard precontrattuale, le imprese di assicurazioni, consapevoli del problema, offriranno contratti con copertura parziale. Offrendo, infatti, una copertura completa, le imprese rischierebbero che gli assicurati acquistino il massimo quantitativo di cure disponibile. L'assicurazione quindi funge da sussidio per le cure, il quale andrà ad aumentare all'incremento dell'elasticità, ovvero della sensibilità al prezzo dei pazienti. Tale elasticità è stata più volte ripresa negli studi empirici sulla domanda delle cure mediche. In particolare lo studio più rilevante è quello di RAND health insurance study del 1987, in cui si è analizzata la reazione degli individui a diversi livelli di compartecipazione della spesa (da 0 al 100%). I risultati evidenziarono come l'elasticità della domanda ha un intervallo di $[-0,1; -0,2]$; hanno evidenziato, inoltre, che l'elasticità rispetto al prezzo è maggiore per le cure che richiedono un ricovero ospedaliero rispetto alle specialistiche.⁵² L'elasticità è importante per determinare la fetta di benessere sociale perso per la presenza di asimmetrie, difatti più è rigida e minore sarà la perdita. Esaminando l'elasticità dei prezzi delle cure, inoltre, è possibile ex-ante individuare la risposta degli individui alla diminuzione dei prezzi dell'assistenza sanitaria. Tale effetto diretto del prezzo è un comportamento razionale del consumatore che verrà trattato nel paragrafo successivo. Dal grafico è evidente la differenza di elasticità tra servizi sanitari essenziali e non essenziali, nei quali, essendo l'elasticità maggiore, la perdita di benessere è altrettanto grande.

⁵⁰The Economics of Moral Hazard: Comment di Mark V. Pauly (1970)

⁵¹ Assicurazione sanitaria di Francesca Barigozzi (2006)

⁵² Assicurazione sanitaria di Francesca Barigozzi (2006)



a) Servizi sanitari essenziali
(domanda più rigida)

b) Servizi sanitari non
essenziali
(domanda più elastica)

Anche qui, assistiamo ad un trade-off tra assicurazione ed efficienza: tanto maggiore è l'avversione al rischio dell'assicurato, tanto maggiore è il livello di copertura parziale ottimale e tanto maggiore il sovra-consumo che l'assicurazione induce.⁵³

Questa assistenza aggiuntiva che i consumatori acquistano quando sono assicurati, secondo la teoria convenzionale dell'assicurazione, causa una perdita di benessere alla società: gli individui con assicurazione completa sono spinti ad usare un quantitativo di cure maggiore rispetto a quello efficiente, ovvero lo stesso che si avrebbe in assenza di assicurazione (in cui la curva di domanda interseca quella del costo marginale). Questo sovraconsumo è pari alla differenza tra le due quantità, quella con assicurazione e quella senza assicurazione, e determina la perdita di benessere della società. Il principale esponente della letteratura assicurativa tradizionale fu Pauly, il quale, nel suo saggio (1968)⁵⁴, data una curva di domanda individuale fissa e un costo di produzione costante, ha determinato un optimum efficiente per un paziente non assicurato: la volontà marginale di pagare per le cure (come rappresentato dalla curva di domanda) era uguale al costo marginale delle cure stesse. Se lo stesso individuo fosse assicurato, percepirebbe come se il pagamento di tasca propria per le cure, avesse un prezzo più basso (zero, se non ci fosse coassicurazione) e si sposterebbe verso il basso nella curva di domanda; a meno che la domanda non avesse elasticità di prezzo (domanda rigida), l'assicurato avrebbe quindi consumato più unità di cure mediche. Il costo marginale dell'assistenza sanitaria supererebbe la disponibilità del consumatore a pagare per le unità extra e in tal modo verrebbe introdotta l'inefficienza⁵⁵. Tuttavia, nell'analisi convenzionale dell'azzardo morale, manca un aspetto relativo al benessere degli individui: l'effetto dei trasferimenti di reddito (da coloro che acquistano un'assicurazione e rimangono in buona salute a coloro che si ammalano) sugli acquisti di cure mediche. I trasferimenti di reddito sono contenuti nella riduzione del prezzo associata all'assicurazione sanitaria standard

⁵³ Assicurazione sanitaria Francesca Barigozzi (2006)

⁵⁴ The Economics of Moral Hazard: Comment di Pauly (1968)

⁵⁵ The Theory of Demand for Health Insurance: A Review Essay di Joseph G. Eisenhauer (2006)

ed agiscono per spostare la domanda di cure mediche. Di conseguenza, la disponibilità del consumatore a pagare per l'assistenza sanitaria aumenta e il conseguente consumo aggiuntivo non è altro che l'aumento del benessere.

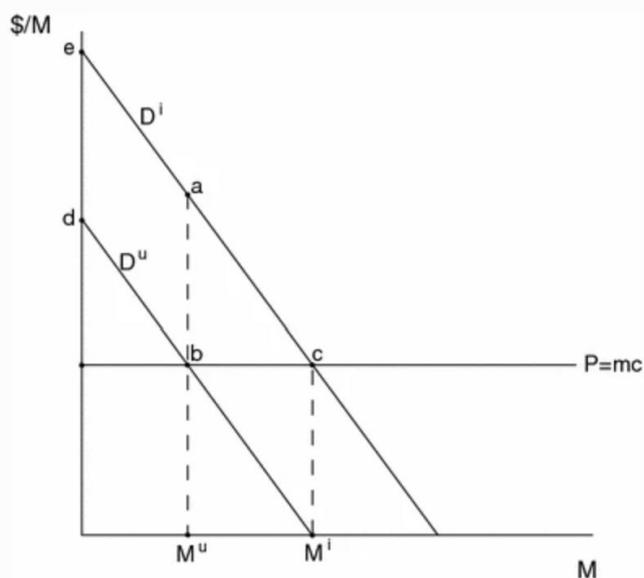
Per cui, al contrario di come tradizionalmente si crede, ovvero che la diminuzione di benessere è dovuta ad una distorsione dei prezzi, gran parte di questo consumo aggiuntivo di prestazioni sanitarie è attribuibile invece a un effetto reddito, generato dal reddito trasferito da coloro che acquistano un'assicurazione e rimangono in buona salute a coloro che acquistano un'assicurazione e si ammalano⁵⁶. Questo effetto di trasferimento del reddito è in aumento del benessere. Dalla teoria convenzionale si distacca Nyman, il quale spiega la sua posizione con l'esempio di Elizabeth, una donna statunitense⁵⁷. Tale esempio, verrà descritto nuovamente più avanti nella trattazione relativamente all'aumento di salute. Ora soffermiamoci sull'aumento di benessere collegato al reddito che ha Elizabeth in seguito alla stipula dell'assicurazione.

Ad Elizabeth viene diagnosticato un cancro al seno; si hanno dunque due fattispecie: una in assenza di assicurazione ed un'altra in presenza di assicurazione. Senza assicurazione sanitaria, acquisterebbe una mastectomia da 20.000\$ per rimuovere il cancro. Potrebbe poi, prendere in considerazione anche l'acquisto di una procedura di ricostruzione del seno da 20.000\$ per correggere la deturpazione causata dalla mastectomia. Senza assicurazione, però, le due cure richieste (mastectomia e ricostruzione), graverebbero entrambe sul suo reddito e sui suoi beni rendendo la procedura aggiuntiva di ricostruzione troppo costosa. In presenza di assicurazione, Elizabeth acquista una polizza assicurativa per 4.000\$ che paga per tutta la sua assistenza sanitaria. Con questa polizza, Elizabeth può acquistare sia la mastectomia da 20.000\$ che la ricostruzione del seno aggiuntiva di 20.000\$ e, di conseguenza, l'assicuratore trasferisce US 40.000\$ dal pool assicurativo per pagare le sue cure mediche. Per gli economisti, i 40.000\$ aggiuntivi di reddito dal pool assicurativo avevano aumentato la sua disponibilità a pagare per la ricostruzione al seno così tanto che ora è maggiore del prezzo di mercato di 20.000\$, inducendola ad acquistare la ricostruzione. L'azzardo morale è efficiente perchè avrebbe potuto spendere i 40.000\$ aggiuntivi per qualsiasi altra cosa, ma sceglie di acquistare la ricostruzione al seno. Quindi l'assicurazione non spinge Elizabeth ad agire opportunisticamente, bensì le permette di pagare delle cure che non potrebbe permettersi. Vi è efficienza, in quanto il valore della spesa aggiuntiva percepito da Elizabeth, è maggiore rispetto al prezzo di mercato. L'ambiguità che può insorgere relativamente al benessere o alla perdita, dipende dal metodo di rimborso pattuito: se il costo aggiuntivo è un comportamento opportunistico o se coincide con un reale bisogno. Questa visione ha un valenza soprattutto nel caso di malattie gravi, ovvero quando vi è un miglioramento di salute proprio grazie ad una spesa aggiuntiva.

⁵⁶ Health Insurance Theory: The Case of the Missing Welfare Gain di Nyman (2007)

⁵⁷ Health Insurance Theory: The Case of the Missing Welfare Gain di Nyman (2007)

Ora, secondo l'analisi tradizionale del comportamento, l'assicurazione rappresenta una riduzione a zero del prezzo che il consumatore deve affrontare per le cure mediche e un movimento lungo la curva di domanda marshalliana pre-assicurativa del consumatore. Senza assicurazione, il consumatore acquista M^u al prezzo P , il quale riflette il costo marginale di produzione di tale cura. Con un'assicurazione che paga per tutte le cure, il prezzo dei servizi medici scende a zero. Il consumatore malato quindi, in risposta alla diminuzione dei prezzi, acquisterà M^i a seguito del movimento della sua curva di domanda originale (non assicurata) D^u . La quantità $(M^i - M^u)$ è l'azzardo morale ex post, ovvero l'aumento del consumo di cure mediche associato alla presenza di assicurazione. L'area sotto la curva di domanda, $b - M^i - M^u$, rappresenta il valore dell'assistenza aggiuntiva al consumatore; l'area $b - c - M^i - M^u$ rappresenta il costo di produzione dell'assistenza; l'area $b - c - M^i$ rappresenta la perdita di benessere dell'azzardo morale.⁵⁸



Demand analysis of Elizabeth's decision

2.2.2.2 Effetti sul reddito

Le conclusioni sul benessere, nella letteratura assicurativa, sono dunque incoerenti. La teoria convenzionale sostiene che l'azzardo morale ex post produca solo una perdita di benessere, ma gli effetti sul reddito sono più complessi. La maggior parte delle persone sopporta delle spese mediche, e quando ciò accade, l'acquisto di un'assicurazione di indennizzo ha due effetti di compensazione del reddito. Se il costo delle prestazioni mediche è superiore alla media, il reddito aumenta (De Meza). D'altra parte, nel caso in cui

⁵⁸Health Insurance Theory: The Case of the Missing Welfare Gain di John A. Nyman (2007)

l'individuo pagasse più premi di quanto non ne ottenga in benefici, subirà una riduzione del reddito dall'acquisto dell'assicurazione.⁵⁹

Gli effetti sul reddito sarebbero potenzialmente importanti quando la malattia considerata è quella che, come suggerisce DeMeza, comporta "trattamenti costosi", cioè le cosiddette malattie catastrofiche. Presumibilmente la definizione di una malattia come catastrofica implica una qualche relazione tra la possibile spesa per le cure mediche e il reddito dell'individuo; infatti, l'uso delle cure mediche in tali malattie sembra essere altamente reattivo alla presenza di un'assicurazione.

Ciò che manca nell'analisi convenzionale dell'assicurazione è la rilevazione degli effetti sul reddito, ma questi non sono gli effetti standard del reddito hicksiano, ovvero non sono generati da una variazione esogena del prezzo di mercato. Una riduzione esogena dei prezzi genera, infatti, una risposta in un singolo consumatore sia alla variazione dei prezzi relativi (effetto di sostituzione) che alla variazione del reddito reale (effetto reddito).⁶⁰

Con una copertura assicurativa totale, tuttavia, il prezzo di mercato rimane costante, perciò gli effetti sul reddito all'interno della riduzione del prezzo assicurativo non derivano da un aumento del reddito reale.

Questa tipologia di assicurazione genera due tipi di effetti reddito.

- Un effetto reddito è causato dal pagamento di un premio più elevato per ottenere un tasso di coassicurazione più basso. Cioè, un gruppo di consumatori redige un accordo volontario per pagare una percentuale delle cure del membro che si ammala, riducendo così il prezzo delle cure al consumatore malato. Il pagamento di un premio più elevato per sostenere un costo delle prestazioni sanitarie minimo, provoca una diminuzione del reddito disponibile di un individuo, e, conseguentemente della quantità di cure mediche richieste.
- Il secondo effetto reddito, si verifica ex post e deriva dal trasferimento del reddito da coloro che rimangono sani a coloro che si ammalano. Tale effetto reddito garantisce l'accesso alle cure mediche più dispendiose.

Intuitivamente, tutti coloro che acquistano un contratto di copertura totale, affrontano un prezzo inferiore per le cure, ma, per la maggior parte delle procedure mediche, sono solo coloro che si ammalano che rispondono ad esso.⁶¹

Infatti, nessuna persona sana acquisterebbe una procedura di bypass coronarico solo perché essendo assicurata affronterebbe un prezzo pari zero. Pertanto, la riduzione del prezzo dell'assicurazione è il veicolo attraverso il quale il reddito viene trasferito da coloro che rimangono sani a coloro che si ammalano e causa l'acquisto di ulteriori cure mediche. Le cure mediche aggiuntive acquistate a causa di questo trasferimento di reddito, a loro volta, generano un guadagno sociale. Questo guadagno sociale consente ai consumatori malati di accedere a costose procedure salvavita, che altrimenti non sarebbero in grado di permettersi. L'effetto di trasferimento del reddito assicurativo rende la parte di domanda generata a causa dell'azzardo morale ex post efficiente, portando anche ad un aumento del benessere.

⁵⁹ The Theory of Demand for Health Insurance: A Review Essay di Joseph G. Eisenhauer (2006)

⁶⁰ Health Insurance Theory: The Case of the Missing Welfare Gain di John A. Nyman (2007)

⁶¹ Health Insurance Theory: The Case of the Missing Welfare Gain di John A. Nyman (2007)

Ci possono essere alcune procedure, tuttavia, per le quali il consumatore mostra una risposta limitata alla riduzione del prezzo: molte procedure sono associate a dolore, tempo e costi di viaggio, o rischio di mortalità. Le cure mediche aggiuntive, in tali fattispecie, non vengono acquistate anche in presenza di assicurazione⁶². Vi sono, inoltre, altri tipi di prestazioni mediche che corrispondono al modello convenzionale di perdita di benessere dell'azzardo morale di Pauly, come per esempio la chirurgia estetica o l'acquisto di occhiali di design, che non permettono trasferimenti di reddito dai sani ai malati. In ogni caso, se il trasferimento di reddito non vi fosse, non avrebbe senso l'acquisto di un'assicurazione che ripaga riducendo il prezzo.

In sintesi, la teoria assicurativa convenzionale suggerisce che tutto l'azzardo morale rappresenta una perdita di benessere e che l'entità di questa perdita può essere rappresentata dalla domanda marshalliana. Le teorie successive, mostrano che la maggior parte dell'azzardo morale genera un guadagno di benessere nella sua interezza o una combinazione di un guadagno e una perdita, e l'entità delle perdite è inferiore alla grandezza calcolata da una curva di domanda marshalliana. Pertanto, la teoria convenzionale ha sopravvalutato la perdita di benessere.

2.3 Effetti diretti e indiretti

La presenza di un'assicurazione ha effetti sia diretti (sul mercato della domanda sanitaria) che indiretti (sui comportamenti dei consumatori). Abbiamo ampiamente trattato, nei paragrafi precedenti, le asimmetrie informative nel mercato assicurativo sanitario che sono presenti in forma di adverse selection e moral hazard. Compreso cosa siano queste due conseguenze, è bene distinguere gli effetti diretti ed indiretti e se uno di questi può essere considerato aumento di benessere.

Il principale effetto diretto, di cui abbiamo trattato in precedenza, è il conseguente maggior utilizzo di cure. La motivazione legata a questo incremento è prettamente economica in quanto si tratta di un effetto diretto sul prezzo: gli individui con assicurazione sanitaria usano più assistenza in quanto l'assicurazione riduce il prezzo effettivo delle cure quindi, a parità di altre condizioni, gli assicurati tendono ad aumentare la domanda. Ad esempio, le persone che sono semplicemente indifferenti tra l'utilizzo e il non utilizzo di un determinato servizio medico a tariffe non assicurate tenderanno ad usarlo se hanno un'assicurazione.

Una connessione indiretta è invece l'azzardo morale ex-ante, ovvero la problematica che si manifesta ogni volta che ci troviamo in un mercato con asimmetrie informative. Funziona attraverso i cambiamenti nelle informazioni sulla promozione della salute e la probabilità di malattia, dovuti anche ad un maggiore contatto con i professionisti medici indotto dall'assicurazione. Gli individui, quindi, una volta assicurati, possono

⁶² Health Insurance Theory: The Case of the Missing Welfare Gain di John A. Nyman (2007)

diventare meno cauti sui loro comportamenti malsani o rischiosi e cambiare la loro condotta, il che potrebbe portare a più problemi di salute, richiedendo più assistenza sanitaria.

2.3.1 Salute e comportamenti degli individui

Vi è una vasta letteratura che esamina l'effetto dell'assicurazione sull'assistenza sanitaria, che mostra l'associazione diretta tra assicurazione sanitaria e un maggiore uso di cure. I ricercatori hanno trovato evidenze per cui gli individui che acquistano un'assicurazione sanitaria sono probabilmente quelli che prevedono un maggiore bisogno di quest'ultima (adverse selection), a causa del loro rischio elevato. A questa tradizione, si contrappone la letteratura recente, che esplora i potenziali effetti di selezione vantaggiosi dell'assicurazione sanitaria. In questo caso, gli assicurati tendono ad essere quelli con caratteristiche osservabili (ad esempio l'istruzione superiore) e non osservabili (ad esempio una maggiore consapevolezza della salute), a cui è correlato un minor rischio per la salute stessa.⁶³

Le ricerche e le scoperte sull'azzardo morale, nel contesto dell'assicurazione sanitaria, sono relativamente scarse; tuttavia, l'azzardo morale è ben documentato in altri contesti assicurativi che comportano conseguenze negative per la salute. Ad esempio, Dave e Kaestner (2006) hanno notato un aumento degli incidenti automobilistici quando l'assicurazione auto è più generosa e un aumento degli infortuni sul lavoro associati ad aumenti del risarcimento degli infortuni dei lavoratori⁶⁴. Intuitivamente, l'assicurazione sanitaria può incoraggiare le persone ad impegnarsi in comportamenti meno sani perché fornisce una rete di sicurezza e riduce il costo monetario ed emotivo delle conseguenze negative sulla salute.

L'effetto disincentivante dell'assicurazione sanitaria sul comportamento sano degli individui è indicato come "azzardo morale comportamentale", che si differenzia dall'effetto diretto sul prezzo, il quale induce gli individui ad utilizzare più servizi grazie alla diminuzione dei relativi costi. Sebbene entrambi possano portare ad un maggiore utilizzo dell'assistenza sanitaria, i loro effetti finali sulla salute sono diversi: l'aumento della domanda di assistenza sanitaria derivante dall'azzardo morale comportamentale non si traduce in un miglioramento della salute, in quanto l'aumento dell'utilizzo delle prestazioni è destinato solo a compensare l'aumento del comportamento malsano. Al contrario, il maggior uso di assistenza sanitaria dovuto all'effetto prezzo, ha maggiori probabilità di migliorare la salute.⁶⁵

Ovviamente non è sempre conseguente il miglioramento dello stato di salute alla stipula assicurativa. Ad esempio, Klick e Stratmann (2006) hanno esaminato l'effetto dell'obbligo, in alcuni stati, ai fornitori di assicurazione sanitaria di coprire il trattamento del diabete senza aumentare i premi. Il loro studio mostra che

⁶³ How Health Insurance Affects Health Care Demand – A Structural Analysis of Behavioral Moral Hazard and Adverse Selection di Yingying Dong (2013)

⁶⁴ Health insurance and ex ante moral hazard: evidence from Medicare (2009)

⁶⁵ How Health Insurance Affects Health Care Demand – A Structural Analysis of Behavioral Moral Hazard and Adverse Selection di Yingying Dong (2013)

quest'imposizione ha generato forti disincentivi per la prevenzione comportamentale degli individui e aumentato sistematicamente l'indice di massa corporea dei diabetici negli stati colpiti (risultato di una dieta peggiore e di una pratica fisica). Quindi, la distinzione tra azzardo morale ed effetto diretto sul prezzo può essere importante per evidenziare la differenza tra il maggior uso di cure ed il miglioramento di salute.

2.3.2 Studio del RAND Health Insurance Experiment (Newhouse, 1993) ⁶⁶

Abbiamo ampiamente ripetuto che l'assicurazione porta ad una maggiore domanda di cure mediche. Per affermare ciò vi sono diverse evidenze: la più nota è relativa agli studi del RAND Health Insurance del 1993. Tale ricerca mostra che coloro per i quali l'assistenza sanitaria era gratuita utilizzavano circa il 40% in più di servizi sanitari rispetto a quelli che avevano una certa condivisione dei costi. Si è trattato di un esperimento pluriennale su larga scala, che ha coinvolto 2.750 famiglie⁶⁷ statunitensi per un totale di 7.700 individui di età inferiore ai 65 anni.⁶⁸

Sono stati assegnati in modo casuale ai partecipanti uno dei cinque tipi di piani assicurativi sanitari creati appositamente per l'esperimento:

1. Copertura completa;
2. condivisione del 25% dei costi di coassicurazione;
3. condivisione del 50% dei costi di coassicurazione;
4. condivisione del 95% dei costi di coassicurazione;
5. piano di cooperativa di gruppo, senza scopo di lucro, che riceveva le cure gratuitamente.

Per valutare l'uso dei servizi, i costi e la qualità dell'assistenza, la RAND ha elaborato le richieste delle famiglie; mentre per valutare la salute dei partecipanti, ha somministrato sondaggi all'inizio e alla fine dell'esperimento e ha anche condotto esami fisici completi.

Le principali scoperte in tale esperimento possono essere riassunte in tre punti principali:

- I partecipanti che hanno pagato per una quota della loro assistenza sanitaria hanno utilizzato meno servizi sanitari rispetto ad un altro gruppo a cui è stata data assistenza gratuita. Coloro che hanno aderito ai piani di condivisione dei costi hanno speso meno per l'assistenza

⁶⁶A Classic RAND Study Speaks to the Current Health Care Reform Debate (2006)

⁶⁷Per le famiglie più povere nei piani che prevedevano la condivisione dei costi, l'importo della condivisione è stato adeguato al reddito su uno dei tre livelli: 5%, 10% o 15% del reddito.

⁶⁸Le famiglie hanno partecipato all'esperimento per 3-5 anni. Il limite massimo di età per gli adulti al momento dell'iscrizione era di 61 anni, in modo che nessun partecipante potesse diventare idoneo a Medicare prima della fine dell'esperimento. Medicare è il nome dato ad un programma di assicurazione medica amministrato dal governo degli Stati Uniti, riguardante le persone dai 65 anni in su, o che soddisfano altri criteri particolari.

sanitaria; questo risparmio derivava dall'utilizzo inferiore di servizi piuttosto che dalla ricerca di prezzi più bassi. Quelli con il 25% di coassicurazione hanno speso il 20% in meno rispetto ai partecipanti con assistenza gratuita e quelli con il 95% di coassicurazione hanno speso circa il 30% in meno.

- La condivisione dei costi ha influenzato la quantità di assistenza domandata non in modo significativo, infatti la riduzione che si è verificata è stata piuttosto moderata . Nello specifico i partecipanti con la condivisione dei costi hanno effettuato da una a due visite mediche in meno all'anno e hanno avuto il 20% in meno di ricoveri rispetto a quelli con cure gratuite.
- La condivisione dei costi in generale non ha avuto effetti negativi sulla salute dei partecipanti, ma ci sono state delle eccezioni: l'assistenza gratuita ha portato a miglioramenti nell'ipertensione, nella salute dentale e nella vista . Questi miglioramenti sono stati concentrati tra i pazienti più malati e più poveri.

2.3.3 Maggiore salute?

A questo punto della trattazione bisogna chiedersi se la presenza dell'assicurazione sanitaria porta maggior salute e benessere alla società.

In generale sia la selezione avversa che l'azzardo morale hanno, all'interno della letteratura relativa all'assicurazione sanitaria, un ruolo negativo. Ma, la presenza di inefficienza all'interno del mercato, non è per forza sinonimo di diminuzione del benessere nella società.

Vi sono, infatti, diverse argomentazioni in merito; alcune negano fermamente la possibilità di un miglioramento in termini di welfare, altri riflettono sull'ambiguità del moral hazard e sui risultati positivi della presenza dell'assicurazione sulla salute.

Di seguito quindi, cercheremo di rispondere alla domanda: l'assicurazione sanitaria comporta maggiore salute?

Secondo la teoria dell'assicurazione sanitaria convenzionale, promossa da Mark Pauly, il moral hazard si concretizza in un'accezione negativa. Tale teoria suggerisce che tutta l'assistenza sanitaria aggiuntiva che i consumatori acquistano quando sono assicurati è pari al benessere in diminuzione perché è attribuibile a una distorsione dei prezzi.⁶⁹

Dall'altra parte si pone John A. Nyman, il quale sostiene che gran parte di questo consumo aggiuntivo è attribuibile, invece, ad un effetto reddito che viene generato dal reddito trasferito da coloro che acquistano un'assicurazione e rimangono in buona salute a coloro che acquistano un'assicurazione e si ammalano. Questo effetto di trasferimento del reddito è un aumento del benessere e il riconoscimento di questo guadagno sociale cambia drasticamente i calcoli del benessere associati all'acquisto di un'assicurazione sanitaria privata.

Nyman, nel suo saggio "The theory of demand for health insurance", spiega come effettivamente un individuo possa essere beneficiato dalla presenza di un premio assicurativo grazie all'esempio di Elizabeth, che abbiamo precedentemente introdotto.

⁶⁹ The Theory of Demand for Health Insurance: A Review Essay di Joseph G. Eisenhauer (2006)

Tuttavia, come si evince dal saggio, non si può affermare se la spesa aggiuntiva rappresenti una perdita di benessere o un guadagno sociale. Questo perché l'ambiguità deriva dal soggetto che richiede le cure mediche; infatti non è possibile stabilire se la spesa di cure mediche è un reale bisogno o un comportamento opportunistico.

Un aspetto spesso trascurato è il fattore qualità delle cure ricevute. Possiamo introdurlo brevemente con il termine di "azzardo morale qualitativo". È probabile, infatti, che dato l'impatto della quantità di cure mediche richiesta a causa del moral hazard, che si sia registrata una forma di "inflazione" dei costi medici, che il tipo o la qualità delle cure che le persone ricevono siano influenzati dalla presenza di un'assicurazione. Si può modellare la domanda di qualità proprio come la domanda di quantità e concludere che la "quantità di qualità" richiesta è destinata ad aumentare quando l'assicurazione riduce il prezzo delle cure per l'utente. Nonostante non si abbiano sufficienti evidenze che provino la diretta proporzionalità tra maggior qualità dei servizi ed aumento della salute, per certi versi, non soltanto si hanno maggiori benefici reddituali, ma anche un miglioramento della qualità delle cure.

Riprendiamo ora lo studio del RAND health insurance, descritto nel paragrafo precedente, per cercare di rispondere alla domanda che ci siamo posti all'inizio del paragrafo. Non soltanto infatti, lo studio riporta evidenze su come la presenza dell'assicurazione porta ad una maggior richiesta di cure mediche, ma cerca di vagliare l'ipotesi del conseguente aumento di salute. Per rispondere a questa domanda, lo studio ha cercato di esaminare l'ipotesi secondo cui sostenere di più i propri costi sanitari porta le persone a prendersi più cura di se stesse. Ma è chiaro che i comportamenti a rischio non sono stati influenzati: i tassi di fumo e obesità, ad esempio, non sono cambiati.⁷⁰ L'assicurazione sanitaria non sembra far diventare un bevitore non bevitore o un bevitore sano, mentre è probabile che l'assicurazione sanitaria incoraggi i bevitori relativamente pesanti a bere ancora di più.⁷¹

In generale, hanno visto che, sebbene in una fattispecie di condivisione dei costi vi è una riduzione della domanda di dei servizi, questa, comunque, non ha avuto effetti negativi sulla salute dei partecipanti. Tuttavia, c'erano delle eccezioni. Il 6% più povero e più malato del campione all'inizio dell'esperimento ha avuto risultati migliori nell'ambito del piano gratuito.

2.3.4 Prevenzione e assicurazione

L'insieme delle attività e i comportamenti adottati, atti a promuovere la salute dell'individuo e della collettività, viene definito prevenzione. La prevenzione è di fondamentale importanza in campo medico e, per ovvie ragioni, è collegata al tema dell'assicurazione sanitaria, in quanto studi recenti hanno

⁷⁰ Health insurance and ex ante moral hazard: evidence from Medicare di Dhaval Dave e Robert Kaestner (2006)

⁷¹ How Health Insurance Affects Health Care Demand – A Structural Analysis of Behavioral Moral Hazard and Adverse Selection di Yingying Dong (2013)

dimostrato che le scelte di vita sono un importante determinante della salute individuale. Ehrlich e Becker sono stati tra i primi che hanno proposto un modello che descriveva la complessa relazione tra l'assicurazione sanitaria e la prevenzione. Mentre alcune azioni preventive sono complementari con il mercato assicurativo, altre possono mostrare di essere sostitutive. In alcune circostanze, la copertura assicurativa sanitaria può comportare che gli individui diventino meno attenti sulla loro salute futura. Questo può colpire la domanda per servizi preventivi (check-up) e lo stile di vita degli individui.⁷²

Sono comunque molte le evidenze presenti in letteratura che hanno cercato di studiare il comportamento preventivo dei soggetti, che hanno esaminato prevalentemente l'effetto dell'assicurazione sanitaria sugli indicatori binari del comportamento sanitario, ad esempio se si fuma o no. Il lavoro di Anderson E. Stanciole, ha usato dati del U.S. Panel Study of Income Dynamics (1999-2003) per stimare un modello strutturale sulla scelta individuale di copertura sanitaria e di quattro decisioni legate agli stili di vita: fumo pesante, bere pesante, mancanza di esercizio fisico e obesità. I risultati mostrano che l'assicurazione sanitaria ha effetti significativi di incentivazione sulle scelte di vita. Aumenta infatti la propensione al fumo pesante, alla mancanza di esercizio fisico e all'obesità e diminuisce la propensione al bere pesante. Esiste anche una correlazione significativa tra i vari comportamenti: il fumo pesante e il bere pesante, l'obesità e la mancanza di esercizio fisico possono essere considerati scelte di vita complementari, mentre il bere pesante e l'obesità possono essere considerati sostituti⁷³. Courbage e Coulon (2004) hanno studiato se l'acquisto di un'assicurazione sanitaria privata (oltre all'assicurazione pubblica universalmente fornita) modifica la probabilità di fumare e sottoporsi a controlli regolari nel Regno Unito. Hanno scoperto che avere un'assicurazione privata aggiuntiva può portare a scelte più sane e all'incremento della domanda per i servizi preventivi, poiché il costo diretto per il paziente si riduce.

Yingying Dong (2011), ha indagato sugli effetti diretti e indiretti dell'assicurazione sanitaria che possono portare ad un maggiore uso dell'assistenza sanitaria. Ha utilizzato un semplice modello teorico per derivare le relazioni causali tra la decisione di acquistare l'assicurazione sanitaria, il comportamento sanitario e l'utilizzo medico. La stima mostra che avere un'assicurazione sanitaria diminuisce la probabilità di bere malsano del 10,8% mentre aumenta la quantità di bere malsano tra i bevitori malsani dell'8,4%. È anche dimostrato che l'assicurazione sanitaria aumenta le visite mediche/ospedaliere del 32,1%⁷⁴. Kenkel (2000) ha esaminato l'effetto dell'assicurazione sanitaria su una serie di indicatori di comportamento malsano e sull'uso delle cure preventive (ad esempio mammografie e pap test). Ha trovato evidenze secondo

⁷²Health Insurance and Lifestyle Choices: Identifying *Ex Ante* Moral Hazard in the US Market di Anderson E. Stanciole (2008)

⁷³Health Insurance and Lifestyle Choices: Identifying *Ex Ante* Moral Hazard in the US Market di Anderson E. Stanciole (2008)

⁷⁴ How Health Insurance Affects Health Care Demand – A Structural Analysis of Behavioral Moral Hazard and Adverse Selection di Yingying Dong (2013)

cui l'uso di servizi preventivi diminuisce con l'avanzamento dell'età; ha suggerito anche che maggiore copertura assicurativa fa aumentare la domanda di cure preventive poiché il costo che supportano gli individui è ridotto. Gli individui con assicurazione sanitaria privata, quindi, hanno maggiori probabilità di impegnarsi in comportamenti di promozione della salute rispetto a quelli senza assicurazione. Anche secondo Khwaja (2002) la copertura assicurativa provoca un rischio morale insignificante nelle probabilità di avere abitudini come fumare e bere e un significativo azzardo morale nella probabilità di cercare cure mediche. Card (2008) ha verificato che ottenere l'assicurazione Medicare non comporta cambiamenti nel fumo, nell'esercizio fisico e nel peso, né è fortemente associata all'uso di servizi preventivi (mammografia). Al contrario, McWilliams (2003) e Decker S. (2006, manoscritto non pubblicato) hanno analizzato che Medicare fa aumentare significativamente i tassi di mammografia, screening della prostata e del colesterolo⁷⁵. Dhaval Dave e Robert Kaestner (2009), hanno esplorato gli effetti dell'assicurazione sui comportamenti negli USA. Hanno sostenuto che vi è sia un effetto diretto (moral hazard) che indiretto. Il diretto è dato dal fatto che Medicare è associato ad una minore prevenzione, ciò è visibile da un aumento dei comportamenti malsani tra i maschi anziani. L'indiretto funziona attraverso un maggior contatto con i professionisti sanitari, grazie a Medicare, che potrebbero migliorare le informazioni sulla salute e ridurre la probabilità di malattia, aumentando quindi la prevenzione.⁷⁶ Tale posizione è stata successivamente confermata da Kenkel (2000).

Quindi, abitudini come il fumo o il bere eccessivo hanno effetti dannosi sullo stato di salute in quanto aumentano la probabilità di malattia e di morte prematura, ma influenzano negativamente anche le spese sanitarie e provocano costi esterni alla società.

Manning ha dimostrato che, a parte i costi interni imposti all'individuo e alla famiglia, nel corso della vita, ogni fumatore crea un costo esterno di 15 centesimi per pacchetto di sigarette (dovuto all'aumento delle spese mediche, ai danni da incendio e ad una minore tassazione del reddito). Sloan ha stimato il costo sociale totale del fumo a 106.000\$ per una donna e 220.000\$ per un uomo. La sua tesi riguarda l'inconsapevolezza dei fumatori del costo reale del loro vizio⁷⁷.

Tali studi, concentrandosi sull'effetto dell'assicurazione sanitaria sulle scelte di vita, trovano implicazione sia nella progettazione di piani privati che di sistemi pubblici di sicurezza sociale. In particolare, nella misura in cui la copertura assicurativa sanitaria induce un maggiore impegno in scelte di vita dannose, i risultati suggeriscono che i piani di assicurazione sanitaria potrebbero prendere in considerazione l'introduzione di incentivi per ridurre il possibile impatto in termini di maggiori costi attesi.

⁷⁵ Health insurance and ex ante moral hazard: evidence from Medicare di Dhaval Dave e Robert Kaestner (2006)

⁷⁶ Health insurance and ex ante moral hazard: evidence from Medicare di Dhaval Dave e Robert Kaestner (2006)

⁷⁷The Price of Smoking By Frank A. Sloan, Jan Ostermann, Christopher Conover, Donald H Taylor, Jr. and Gabriel Picone (2004)

Ciò potrebbe includere, ad esempio, l'introduzione di premi con rating di rischio, in base ai quali i contributi individuali sono adeguati all'impegno dell'individuo in attività dannose.

Per riassumere, l'assicurazione sanitaria provoca una serie sia di effetti diretti, che indiretti. Abbiamo visto come il principale effetto diretto sia l'aumento della domanda di cure mediche e abbiamo cercato di rispondere ad una possibile correlazione tra questo aumento di cure e un incremento del benessere della società, considerando studi e pareri di diversi esperti in materia. In ogni caso, distinguere gli effetti diretti e indiretti dell'assicurazione sanitaria sull'utilizzo medico e le fattispecie di azzardo morale comportamentale serve per fornire informazioni sulla politica necessaria da adottare.

Ad esempio, se l'assicurazione sanitaria fa bere ancora di più le persone che già bevono, ma non induce le persone in generale a bere malsano, allora le politiche per migliorare il comportamento dovrebbero rivolgersi principalmente a coloro che attualmente abusano di alcool. Grazie all'esistenza di dati che collegano il moral hazard a comportamenti malsani, si può pensare infatti di introdurre politiche per cercare di minimizzare questo problema.

3 Soluzioni ai fallimenti del mercato

Le imprese assicuratrici, per contrastare i fallimenti dell'adverse selection e del moral hazard, tentano l'utilizzo di strumenti come la segnalazione, la cernita o l'adozione di contratti più complessi.⁷⁸ I segnali sono degli elementi che permettono di conoscere, prima del contratto, caratteristiche non osservabili della controparte, come ad esempio quale sia la possibilità che l'individuo possa ammalarsi. Tale strumento presenta comunque delle limitazioni importanti come gli alti costi di transazione per reperire tali informazioni. Il secondo sistema è la cernita, molto utilizzata nel campo delle assicurazioni e consiste nell'offerta di più opzioni da parte dell'assicuratore (parte non informata) al consumatore (parte informata); la scelta successiva dell'individuo rappresenta, per l'assicuratore, un segnale.

Infine, un'ulteriore soluzione è l'inserimento di clausole o garanzie nei contratti per rendere più adeguato il premio rispetto a particolari caratteristiche non osservabili dei consumatori che, in tal modo, sarebbero rilevate. Il limite di questo strumento, che porrebbe rimedio all'azzardo morale, è che risulta difficile e complesso individuare ed inserire tutte le clausole possibili.

Considerando che tali strumenti nel mercato assicurativo sanitario non permettono di risolvere le inefficienze, è necessario che si ricerchi un'alternativa nella fornitura pubblica.⁷⁹

⁷⁸ Asimmetrie informative e ruolo dello stato nel settore sanitario di Vito de Sandi (2021)

⁷⁹ Asimmetrie informative e ruolo dello stato nel settore sanitario di Vito de Sandi (2021)

3.1 Assicurazione privata VS assicurazione pubblica

La funzione fondamentale dell'assicurazione sanitaria è quella di fornire "accesso alle cure con protezione dai rischi finanziari" (Kutzin, 2001). Ciò riguarda qualsiasi tipo di meccanismo assicurativo, sia esso finanziato con fondi pubblici o privati.

Distinguiamo l'assicurazione privata dall'assistenza pubblica in base alla natura dell'entità che raggruppa i fondi, ovvero "l'agente finanziario".

In questa definizione, l'assicurazione pubblica è finanziata attraverso le tasse, generali o previdenziali, mentre l'assicurazione privata è fornita attraverso il pagamento diretto dei premi agli assicuratori.

Il vantaggio delle assicurazioni pubbliche è che, offrendo dei prodotti standardizzati, i costi di amministrazione e gestione delle polizze sono inferiori rispetto alle private in quanto permettono la realizzazione delle economie di scala. Un riscontro di questo possiamo averlo dall'esempio statunitense con Medicare e le strutture private. Medicare, nel 2006, copriva circa 42 milioni di persone, mentre il mercato privato copriva, sotto i 65 anni, circa 165 milioni di individui attraverso centinaia di aziende, il che suggerisce una capacità molto minore di creare economie di scala. I costi amministrativi di Medicare ammontavano al 2% dei pagamenti totali del programma, mentre i costi privati variavano tra il 15% e il 20%.⁸⁰

Il rapporto tra assicurazione privata e copertura pubblica dipende dalla visione di come si pone lo Stato rispetto al settore privato. In particolare analizziamo brevemente i tre modelli dei paesi OCSE che adottano diverse modalità di finanziamento e di fornitura sanitaria.⁸¹

- L'assicurazione volontaria (VHI) garantisce al cittadino maggiore libertà e comporta un intervento minimo da parte del governo. I cittadini possono dunque scegliere se acquistare una polizza sanitaria con una compagnia di assicurazioni privata. Un esempio sono gli USA.
- Assicurazione sanitaria sociale (SHI) secondo cui il governo richiede ad alcuni gruppi professionali di stipulare una copertura assicurativa sanitaria. Non sarà quindi il governo ad agire come assicuratore, ma diverse casse malati, ovvero organismi non governativi, senza scopo di lucro, che riscuotono l'assicurazione dai contributi dei lavoratori su base territoriale o occupazionale. È una percentuale fissa trattenuta dallo stipendio, la maggior parte dei cittadini può scegliere se assicurarsi o meno rivolgendosi ai fornitori che sono entità giuridiche separate. Sono un esempio Francia e Giappone.
- Servizio sanitario nazionale o universalistico. Tali modelli sono finanziati attraverso una tassazione generale e coprono l'intera popolazione residente. Il governo quindi è direttamente responsabile del

⁸⁰ Medicare versus Private Health Insurance: The Cost of administration by Mark E. Litow (2006)

⁸¹ Health politics di Federico toth (2020)

finanziamento dei servizi sanitari e tutti i cittadini hanno diritto alle cure mediche ritenute essenziali. Come Regno Unito, Italia e Spagna.

A seconda del modello preso in considerazione cambia il ruolo attribuito al settore privato: nei modelli universalistici, in particolare il SSN, si finisce per ridurre le opportunità di azione degli attori privati, mentre sistemi come VHI lasciano ampio spazio alle iniziative private. Alcuni sistemi tollerano discrepanze nel trattamento dei cittadini, confidando dei vantaggi nella concorrenza tra i vari fornitori. Altri invece, mirano a trattare tutti i cittadini in modo uniforme, anche a costo di sacrificare la concorrenza e libertà di scelta.⁸²

Le motivazioni di tali differenze sono riconducibili alla cultura nazionale. Blank (2018) ha sviluppato la tesi secondo cui l'assistenza sanitaria statale dipende dalla cultura politica dominante che può essere: individualistica (USA), equalitaria (Regno Unito) e comunitaria (Germania).⁸³

3.2 L'intervento statale

L'assicurazione sanitaria privata gioca un ruolo importante e crescente in tutto il mondo.

I responsabili politici devono confrontarsi con il ruolo che l'assicurazione sanitaria privata svolge nei loro sistemi sanitari e regolamentare il settore in modo appropriato per soddisfare gli obiettivi pubblici di copertura universale ed equità.⁸⁴ La misura in cui i governi dovrebbero fornire la regolamentazione è stata affrontata dalla Commissione europea. L'UE ha emanato una direttiva secondo la quale l'assicurazione sanitaria dovrebbe essere soggetta solo a regolamenti finanziari, a meno che non possa essere definito un "bene generale" (Mossialos et al., 2002). È chiaro che può essere ritenuto un "bene generale" quando riguarda politiche che prevedono una copertura primaria per la popolazione, ma nelle politiche puramente integrative il concetto di "bene generale" è meno evidente.

L'intervento pubblico nell'assicurazione sanitaria e la sua regolamentazione si basa su una serie di fattori, tra cui la logica della regolamentazione degli istituti finanziari in generale, i fallimenti del mercato specifici dell'assicurazione sanitaria, l'interesse del pubblico a preservare la salute dei suoi cittadini e possibili obiettivi politici per affrontare il problema distribuzione ineguale del reddito e dei rischi per la salute (Roberts, 2004).

Alla base della copertura assicurativa c'è il concetto di "rischio assicurabile".⁸⁵ Idealmente un rischio assicurabile dovrebbe essere statico (cioè non dovrebbe variare significativamente nel tempo); le perdite

⁸² Health politics di Federico Toth (2020)

⁸³ La cultura individualistica si basa sul fatto che la cura della propria salute è responsabilità individuale. La cultura equalitaria prevede l'intervento statale per garantire a tutti i cittadini lo stesso trattamento. La cultura comunitaria si pone in modo intermedio rispetto alle due precedenti.

⁸⁴ Regulating private health insurance to serve the public interest: policy issues for developing countries di Neelam Sekhri William Savedoff (2006)

⁸⁵ Regulating private health insurance to serve the public interest: policy issues for developing countries di Neelam Sekhri William Savedoff (2006)

dovrebbero essere "accidentali" e non sotto il controllo dell'assicurato; l'esposizione di un individuo al rischio dovrebbe essere imprevedibile, ma le esposizioni per una popolazione dovrebbero essere prevedibili e questo dovrebbe tradursi in prezzi accessibili a coloro che avrebbero bisogno di una copertura contro il rischio (Outreville, 1998). In teoria, l'assicuratore suddivide gruppi di persone con rischi identici e addebita a ciascuno di essi i costi medi che potrebbero sostenere (più una tassa amministrativa) come premio. I rischi per la salute non sono statici, cambiano nel tempo e, a lungo termine, tutti avranno bisogno di servizi sanitari; le esposizioni ad alcuni rischi per la salute possono essere sotto il controllo dell'individuo, come quelli legati a fattori comportamentali come il tabacco e l'obesità ed i progressi della medicina continuano a cambiare la definizione dei "rischi" che vengono effettivamente assicurati. Tutto ciò comporta imprevedibilità nella valutazione delle esposizioni ai rischi per la salute e dei conseguenti costi di tali rischi.

Oltre a tale sfida, quindi, i mercati assicurativi, in particolare quelli volontari, sono soggetti a una serie di fallimenti del mercato, che si aggravano nel caso delle assicurazioni per i servizi sanitari. Per cui, come in ogni fallimento, per migliorare l'allocazione delle risorse, dove non arriva in maniera autonoma il mercato, è necessario l'intervento statale⁸⁶. I responsabili politici, quindi, devono sapere quali approcci normativi sono disponibili per incoraggiare lo sviluppo dell'assicurazione sanitaria, guidandola verso una direzione socialmente desiderabile. I fallimenti, come visto precedentemente, includono l'adverse selection e il moral hazard.

Per evitare il fenomeno della selezione avversa e massimizzare il profitto, le assicurazioni private tendono a selezionare il rischio, ovvero, scoraggiano le persone malate dall'acquistare assicurazioni o trovano modi per assicurare solo le persone a basso rischio. In tal modo le persone con maggior rischio, e quindi maggiori necessità di cure, non ricevono una copertura adeguata, nonostante siano disposte anche a pagare,⁸⁷ come ad esempio gli anziani. Con la copertura completa offerta dallo Stato tutti possono beneficiare di un servizio completo. Infatti, il sistema pubblico richiede un premio ad ogni individuo indipendentemente dal rischio. In tal senso si va a creare una redistribuzione di risorse dai bassi rischi agli alti rischi, in quanto la domanda di cure di questi ultimi viene finanziata in parte dai bassi rischi.

L'altro fallimento di mercato, è il moral hazard. Nell'assistenza sanitaria, tale problema è aggravato perché può essere praticato anche da medici che possono prescrivere farmaci in modo eccessivo o ordinare servizi non necessari, sapendo che sarà l'assicuratore e non il paziente a pagare. Questa domanda indotta dal medico riduce l'accessibilità economica della copertura e smorza la domanda assicurativa. Gli assicuratori possono utilizzare diversi meccanismi di pagamento come la capitalizzazione e le tariffe dei casi, per fornire un incentivo ai medici a controllare i costi. Ma, l'introduzione di tali pagamenti, può influire sulla capacità

⁸⁶Regulating private health insurance to serve the public interest: policy issues for developing countries di Neelam Sekhri e William Savedoff (2006)

⁸⁷ Regulating private health insurance to serve the public interest: policy issues for developing di Neelam Sekhri e William Savedoff (2006)

dell'assicuratore di attrarre clienti e professionisti sanitari. Questi meccanismi possono anche incoraggiare la fornitura di cure di scarsa qualità, richiedendo potenzialmente la protezione dei consumatori attraverso regolamenti di garanzia della qualità per evitare una fornitura insufficiente di cure.⁸⁸

Tuttavia, l'unico fallimento di mercato che non si riesce a risolvere con l'intervento statale è proprio l'azzardo morale⁸⁹, che è presente in tutti e due i settori, sia nel pubblico che nel privato. Ma, il settore privato, essendo il fine ultimo il raggiungimento di un profitto, sarà più incentivato a diminuire i costi stipulando contratti che limitino comportamenti opportunistici.

La regolamentazione del settore sanitario pubblico è fondamentale in quanto è necessario che venga garantita a tutti la salute. Abbiamo visto, nel primo capitolo, che la salute viene paragonata quasi ad un bene pubblico. In particolare i servizi sanitari sono considerati un bene di merito⁹⁰ o coinvolgono esternalità⁹¹. Nel primo caso, la decisione di garantire un accesso equo alle cure riguarda una politica che riflette i valori sociali. Nel secondo caso, possono essere giustificate politiche volte a garantire un accesso equo, ad esempio per ridurre la diffusione di malattie contagiose non trattate. I responsabili politici, quindi, possono affrontare queste questioni in diversi modi: possono chiedere al governo di produrre direttamente determinati servizi sanitari, come accade con le campagne di vaccinazione pubbliche; possono finanziare direttamente alcuni servizi sanitari, offrendo di pagare per i test di malattie contagiose e possono imporre agli assicuratori di offrire un pacchetto base di servizi sanitari che sono considerati di interesse pubblico. Tali servizi non potrebbero essere offerti dal settore privato, allo stesso modo, in quanto essendo tale settore interessato al profitto, potrebbe tendere ad una sottofornitura delle prestazioni sanitarie.⁹² Queste caratteristiche uniche dei servizi sanitari giustificano anche l'intervento pubblico per coloro che non possono permettersi la copertura, attraverso la sovvenzione dei premi per coloro che hanno un reddito inferiore a un determinato standard o la fornitura diretta di servizi agli indigenti.

Le motivazioni dell'intervento pubblico quindi sono legate al concetto di equità ed etica⁹³, per garantire a tutti un minimo livello di beneficio.

Riassumendo, i mercati delle assicurazioni sanitarie private rappresentano un caso in cui l'intervento del governo può potenzialmente portare ad un risultato migliore rispetto a un approccio laissez faire, in quanto ridurrebbe sia la burocrazia che i costi di transazione assicurando una copertura universale.⁹⁴ Tuttavia, l'intervento pubblico ha i suoi costi associati che devono essere valutati in relazione ai suoi benefici e le

⁸⁸Regulating private health insurance to serve the public interest: policy issues for developing countries di Neelam Sekhri e William Savedoff (2006)

⁸⁹Assicurazione sanitaria di Francesca Barigozzi (2006)

⁹⁰ Beni la cui fornitura viene maggiormente apprezzata dalla società rispetto che dal singolo individuo

⁹¹ Attività economica i cui effetti coinvolgono individui non coinvolti direttamente

⁹²Modelli economici di organizzazione sanitaria e finanziamento Alessandro Petretto (2009)

⁹³Assicurazione sanitaria Francesca Barigozzi (2006)

⁹⁴Black S.E.; Rothstein J. An expanded view of Government's Role in Providing Social Insurance and investing in children(2019)

normative introdotte per affrontare un problema possono esacerbarne un altro. E' necessario, quindi, trovare un equilibrio tra gli obiettivi, a volte concorrenti, di protezione e scelta dei consumatori, promuovendo equità e contenimento dei costi.

3.2.1 Come lo Stato può regolamentare l'assicurazione privata

Compresa la necessità di regolamentazione, bisogna capire come procedere per metterla in atto. Nel caso dei paesi in via di sviluppo, dove ancora il mercato dell'assicurazione sanitaria privata è limitato, le regolamentazioni devono basarsi sugli obiettivi e sul contesto; nei paesi già sviluppati, invece, si tiene conto del profilo di mercato esistente.⁹⁵

Quindi, per capire la natura e la portata alla regolamentazione i paesi dovranno chiarire i loro obiettivi politici e stabilire quale sia il ruolo delle imprese assicurative all'interno del sistema societario. Se l'assicurazione sarà un supplemento ai benefici già erogati dallo Stato o sarà la principale forma di protezione finanziaria. Ad esempio, se l'assicurazione privata sarà un'importante fonte di finanziamento e coprirà un gran numero di persone, una più ampia tutela dei consumatori diventerà un fattore importante. I paesi sviluppati, in cui l'assicurazione privata svolge un ruolo importante, spesso impongono normative più rigorose rispetto a quelli in cui l'assicurazione privata rappresenta una piccola quota di mercato.

Quindi lo Stato interviene sull'offerta di assicurazioni, con l'obiettivo di accertare che le imprese assicurative siano solvibili e siano un numero sufficiente al funzionamento desiderato. Il primo punto è dovuto al fatto che gli assicuratori hanno bisogno di riserve sufficienti per rimborsare le spese mediche e anche per coprire il lasso di tempo tra il momento in cui si verifica un potenziale evento risarcibile e il momento in cui la richiesta viene presentata all'assicuratore per il pagamento. Nei nuovi mercati, requisiti di riserva insufficienti possono causare seri problemi perché i tassi di utilizzo sono in gran parte sconosciuti. I requisiti di riserva quindi devono essere fissati in modo sufficientemente alto, così da scoraggiare gli assicuratori scarsamente capitalizzati dall'entrare nel mercato, e riesaminati annualmente per garantire una solvibilità continua. Se i requisiti di riserva sono troppo alti, tuttavia, ciò limiterà il livello di concorrenza nel mercato e potrebbe scoraggiare la partecipazione degli assicuratori no-profit. Un'opzione per i paesi che desiderano aumentare l'offerta di assicuratori è fornire fondi di garanzia del governo o riassicurazione pubblica. Con tali requisiti strutturali si attua quindi un controllo sulla concorrenza: gestire il livello di concorrenza è importante nei mercati emergenti. Troppi assicuratori rendono difficile il controllo e possono minacciare la redditività del pool assicurativo, mentre una concorrenza insufficiente può annullare i vantaggi di un mercato. In teoria, la concorrenza promuove la scelta e l'innovazione del consumatore e dovrebbe comportare una riduzione dei costi per gli acquirenti. La concorrenza incontrollata, però, può portare a un insieme di piccoli assicuratori senza un'adeguata base per sostenere il rischio che si stanno assumendo, con conseguenti costi amministrativi

⁹⁵Regulating private health insurance to serve the public interest: policy issues for developing countries di Neelam Sekhri e William Savedoff (2006)

inutilmente elevati, pool di rischi frammentati, insolvenza e confusione dei consumatori. I paesi differiscono per quanta concorrenza scelgono di promuovere, alcuni limitano il numero di assicuratori sul mercato e altri promuovono un approccio al mercato più libero. Ad esempio negli USA la concorrenza è molto elevata.

Un'altra decisione da prendere è relativa alla tipologia di individui che dovrebbero essere coperti dall'assicurazione. Tale decisione permette di stabilire l'ampiezza e la diversità del pool di rischi assicurativi, differenziando quindi i soggetti ad alto e basso rischio. Questa decisione assume particolare importanza nei paesi in via di sviluppo con un'elevata prevalenza di malattie costose da curare, come l'HIV/AIDS. Gli assicuratori privati non possono rimanere solvibili se si assumono alti rischi senza aumentare di conseguenza i premi per coprire i costi associati. Garantire un'adeguata copertura assicurativa per le persone ad alto rischio di tali malattie richiederà sussidi governativi. Per promuovere la copertura assicurativa per le persone che presentano rischi superiori alla media, i regolamenti possono vietare agli assicuratori privati di respingere i richiedenti (emissione garantita) o di annullare le polizze (rinnovo garantito). L'emissione e il rinnovo garantiti richiedono che a tutti gli individui venga offerta una copertura indipendentemente dallo stato di salute. Questi metodi sono più efficaci se vengono specificati requisiti di rating o massimali di prezzo per impedire agli assicuratori di addebitare premi insostenibili per le persone ad alto rischio.

I Paesi Bassi hanno creato due meccanismi per garantire che le persone ad alto rischio non siano escluse dai pool assicurativi privati. In primo luogo, tutte le persone nei Paesi Bassi sono iscritte a un fondo assicurativo catastrofico (AWBZ) che copre l'assistenza a lungo termine e ad alto costo e fornisce una rete di sicurezza per gli assicuratori.⁹⁶ In secondo luogo, esiste un pool di riassicurazione obbligatorio a cui tutti gli assicuratori devono contribuire (Gress, 2002).

Quanto visto finora, riguarda possibili soluzioni adottabili dallo Stato atte a risolvere il problema della selezione avversa. Non si può dire lo stesso dell'azzardo morale, il quale non può essere eliminato, ma solo limitato.

3.2.2 Compartecipazione alla spesa: Ticket, franchigie e massimali

L'intervento statale, come abbiamo visto, riesce a limitare il fenomeno dell'adverse selection, ma non del moral hazard. Per combattere anche quest'altro fallimento si fa uso degli strumenti compartecipativi. Vi sono infatti diversi studi (es. Pauly 1968) che evidenziano come la presenza della compartecipazione alla spesa limiti i fenomeni di inefficienza presenti nel mercato assicurativo, evitando quindi il sovraconsumo che si avrebbe in una fattispecie di copertura totale. Alcuni studi, però, hanno dimostrato che i co-pagamenti possono ridurre in modo sproporzionato l'uso del servizio tra i poveri e scoraggiare le persone dal cercare servizi di prevenzione (anche se questo potrebbe evitare la successiva necessità di costose cure). Ovviamente il principio di assicurazione è efficace nel momento in cui copre una quota sostanziale dei costi dei servizi

⁹⁶ Regulating private health insurance to serve the public interest: policy issues for developing countries Neelam Sekhri e William Savedoff (2006)

sanitari, quindi è necessario trovare un equilibrio tra fornire una protezione finanziaria adeguata e garantire premi accessibili.

Possono esservi diverse forme di compartecipazione alla spesa⁹⁷ :

- Proporzionale (coinsurance): una percentuale del prezzo sarà supportata dall'individuo;
- Compartecipazione fissa (copayment): è previsto il pagamento di una quota fissa;
- Franchigia: vi è un ammontare fisso a carico del paziente oltre il quale scatta la copertura;
- Massimale: solo una quota massima viene pagata dall'assicurazione, l'eccedente dal paziente.

Ticket

Le prime due tipologie di compartecipazione (coinsurance e copayment), trovano forma nel ticket. L'utilizzo di quest'ultimo è necessario per responsabilizzare il consumatore riguardo al costo delle sue cure, invitandolo a minimizzare la domanda di servizi non essenziali. Viene definito infatti un livello di assistenza sanitaria dove il beneficio sociale addizionale dell'assicurazione (copertura dei rischi) e il costo sociale addizionale del sovraconsumo (azzardo morale) si eguagliano.

L'uso efficiente di tale strumento, prevede una quota maggiore a carico del paziente quando le cure richieste non sono essenziali/urgenti e quindi dotate di un'elasticità meno elevata. Infatti, il ticket rappresenta uno strumento di contenimento dell'eccesso di consumi quando la domanda non è rigida.⁹⁸

Il ticket, comunque presenta delle limitazioni. Come la complessità nello stabilire quando una cura può essere considerata non essenziale, tale scelta dev'essere fatta in base ad una valutazione basata sulla tipologia di paziente. Un secondo limite è il rischio che le classi più povere possano consumare una quantità al di sotto di quella necessaria. Si avrà quindi un impatto negativo sulla loro salute dovuto alla distribuzione non equa delle risorse che consegue un peggioramento del benessere della collettività. Una possibile soluzione a ciò potrebbe essere quella di non coinvolgere nella politica del ticket coloro che non sono in una situazione economica favorevole (Rebba 2009).

Un altro limite è che il semplice ticket non consente di contenere le cure con bassa efficacia senza pregiudicare la domanda di quelle efficaci per la salute. Vi è un nuovo approccio relativo alla compartecipazione: il value-based cost-sharing⁹⁹, basato su un metodo di desiderabilità sociale, che prevede una compartecipazione minore per quei servizi maggiormente efficaci per alcuni gruppi di pazienti. Lo svantaggio di tale metodo è il costo di applicazione. Un altro possibile tentativo per risolvere tale problema è l'utilizzo di campagne informative, che però, funzionano solo se la domanda di servizi è rigida.

⁹⁷ Analisi e strumenti di politica sociale di Dino Rizzi e Francesca Zantomio (2013)

⁹⁸ Analisi e strumenti di politica sociale di Dino Rizzi, Francesca Zantomio (2013)

⁹⁹ Analisi e strumenti di politica sociale di Dino Rizzi, Francesca Zantomio (2013)

L'ultimo limite è relativo alla domanda dovuta all'offerta: abbiamo precedentemente visto come l'inefficienza è anche dovuta all'"induzione della domanda da parte dell'offerta", in tale fattispecie l'uso del ticket, e di qualunque altro mezzo di compartecipazione, risulta superfluo dove viene prescritto un uso eccessivo di cure.

Franchigia

L'altro modello di compartecipazione è la franchigia. Questa può essere definita come l'ammontare che rimane a carico del cliente, oltre al quale interviene l'assicurazione; se le spese non eccedono tale soglia minima, rimangono interamente a carico dell'individuo. Tale quota può essere fissata sia per una specifica prestazione che per un tempo che in genere si identifica come l'anno. Fissato il periodo necessario che deve passare prima che diventi operativa, una volta raggiunta la quota della franchigia per l'intero anno, l'individuo non dovrà sostenere spese.

Possiamo distinguere due tipi di franchigie:

- Franchigia relativa, ovvero, determinato un certo importo al di sotto di questo non si avrà alcun rimborso, caso contrario se supera tale ammontare.
- Franchigia assoluta, quando l'impresa assicuratrice paga la differenza tra franchigia e costo della prestazione.

Come strumento per limitare il moral hazard, la franchigia riesce a superare certi limiti del ticket, come ad esempio elimina il limite che gli individui meno abbienti si ritrovano ad affrontare per richiedere un servizio. Quindi la principale differenza col ticket è il pagamento; mentre la franchigia prevede una discontinuità, il ticket prevede un onere costante ogni volta che si domanda una prestazione.

Il Massimale

Quando si parla dello strumento del massimale, si intende una quota massima di costo che viene sostenuta dal sistema sanitario nazionale; si imposta tenendo conto delle caratteristiche del paziente: reddito, stato di salute.

Possiamo intendere il massimale come un metodo opposto alla franchigia, in quanto l'importo iniziale viene coperto dall'assicurazione, la parte eccedente dal consumatore. In entrambi i casi, comunque bisogna cercare di non imporre un livello di massimale troppo alto (o troppo basso nel caso della franchigia), tale da pregiudicare l'intento di abbattere il sovraconsumo.

3.3 Sistema sanitario italiano

In Italia, come abbiamo visto nei paragrafi precedenti, il modello di assistenza statale è un modello universalista: tutti i cittadini sono coperti dalle spese sanitarie indipendentemente dal loro reddito. Essendovi tale copertura, nel nostro Stato, come anche in Portogallo, Spagna e Regno Unito, l'assicurazione privata rappresenta un'ulteriore copertura oltre quella fornita dal settore pubblico.

Nel 1978 l'Italia ha adottato il modello Beveridge, ovvero il servizio sanitario nazionale.¹⁰⁰ Il nostro Stato, infatti, non si limita soltanto a finanziare le prestazioni sanitarie, ma si occupa di erogare direttamente assistenza sanitaria all'intera popolazione¹⁰¹.

Il nostro sistema sanitario si basa su tre pilastri:

- Il primo pilastro è il servizio sanitario nazionale, ovvero l'erogazione da parte dello Stato/Regioni dell'assistenza di base a tutti i cittadini tramite le ASL;
- Il secondo pilastro è la sanità intermediata ovvero i fondi gestiti da diversi enti come le Casse di assistenza sanitaria o Fondi Sanitari. Integra le prestazioni sanitarie garantite dal primo pilastro e il costo delle prestazioni richieste viene coperto parzialmente o integralmente dal fondo.
- Il terzo pilastro è la sanità privata (oggetto di trattazione), ovvero il mercato gestito dalle compagnie assicurative.¹⁰²

In generale dagli anni 70 in poi in Europa si è assistito ad un aumento della spesa sanitaria. Questo è dovuto a ragioni demografiche, all'aumento della longevità, a fattori tecnologici e all'introduzione di nuovi farmaci. Tutto ciò ha contribuito alla creazione di “nuovi” bisogni, che pongono il nostro SSN in crisi sia relativamente all'aspetto finanziario che all'efficienza nella distribuzione di assistenza. Ad oggi, è quindi complicato per il Servizio Sanitario Nazionale risolvere queste sfide, soprattutto a causa di un modello organizzativo strutturato secondo fattori demografici ed economici differenti da quelli attuali.¹⁰³

Per sostenere le uscite relative all'assistenza sanitaria, lo Stato fa uso della tassazione: il finanziamento alla spesa sanitaria infatti, avviene sia attraverso la fiscalità generale che con due imposte regionali quali IRAP (imposta sulle attività produttive) e l'addizionale IRPEF. Ciò che deriva da queste due ultime imposte rappresenta l'ammontare più significativo del finanziamento sanitario di ogni regione. La quota residua viene trasferita direttamente dallo Stato alle regioni rispettando criteri come la ricchezza pro-capite, statistiche epidemiologiche e caratteristiche demografiche.¹⁰⁴ La distribuzione dei finanziamenti varia molto da regione a regione: ad esempio la Lombardia è efficiente nell'uso delle risorse provenienti da IRAP e IRPEF, quindi ha minore necessità di ricevere i finanziamenti statali, rispetto ad altri territori.

Relativamente alle imprese assicurative private, l'Italia, rispetto ad altri paesi europei, presenta una percentuale di popolazione con una copertura assicurativa volontaria molto bassa, presumibilmente, questo è dovuto non soltanto al fatto che avendo una copertura completa pubblica i cittadini riescano ad avere tutte le cure desiderate, ma anche a causa dell'inconsapevolezza dei rischi dovuti al peggioramento della salute,

¹⁰⁰Beveridge vs Bismarck di Eugenio Anessi Pessina e Silvia Longhi (2009)

¹⁰¹Health politics di Federico Toth (2020)

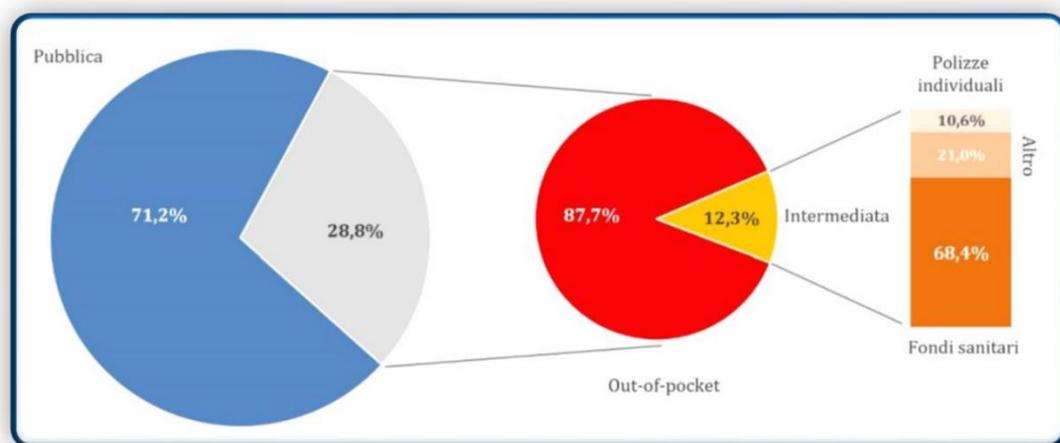
¹⁰²La logica dei tre pilastri della sanità a cura di Roberto Anzanello (2017)

¹⁰³Rapporto RBM-censis sanità integrativa di Marco Vecchietti (2019)

¹⁰⁴Assicurazione sanitaria Francesca Barigozzi (2006)

consapevolezza che comunemente incoraggia a sottoscrivere un'assicurazione¹⁰⁵. Nonostante ciò, l'assicurazione privata italiana garantisce non soltanto di essere coperti per le stesse prestazioni dell'assistenza pubblica, ma permette anche di ricevere dei servizi qualitativamente superiori, di poter scegliere il proprio medico curante e di avere tutta una serie di benefici in termini di ricovero ospedaliero (es. stanza singola).

Lo Stato Italiano, oggi si trova contrapposto tra due forze: il vincolo di bilancio, che richiede ulteriori contenimenti della spesa, e il rapido mutamento dei bisogni sociali, per cui l'obiettivo comune è la limitazione dello spreco di risorse. Si è assistito quindi ad una riduzione del finanziamento pubblico, non più in grado di farvi fronte con solo il gettito fiscale: tra il 2012 e il 2015 € 25 miliardi sono stati destinati ad altri impieghi, tra il 2015 e il 2019 il rapporto spesa sanitaria/PIL ha toccato i suoi minimi storici, fino al 2020-2021 dove si è assistito ad un minimo incremento di tale rapporto di 0,1%.¹⁰⁶ Una conseguenza alla diminuzione della copertura statale, è il ricorso sempre più frequente alla spesa out-of-pocket. L'Italia, tra i paesi OCSE, presenta un'incidenza della spesa out-of-pocket¹⁰⁷ significativamente elevata (più del doppio di molti paesi europei)¹⁰⁸, in particolare nel 2016 la spesa sanitaria privata era pari a € 45,431 miliardi, l'88% non coperta da alcuna intermediazione.¹⁰⁹



Negli ultimi anni, dunque, si è assistito ad un ricorso dei cittadini alla sanità privata. La conferma di questa analisi è il continuo aumento della Spesa Sanitaria Privata, in quanto assorbe i nuovi bisogni, di cui il SSN non riesce a farsi carico.¹¹⁰ Nel periodo tra il 2010 e il 2020, l'assicurazione volontaria, come quota della spesa sanitaria totale, è aumentata lentamente dall'uno al due per cento in Italia.¹¹¹

¹⁰⁵ Assicurazione sanitaria Francesca Barigozzi (2006)

¹⁰⁶ Report osservatorio GIMBE la sanità integrativa (2019)

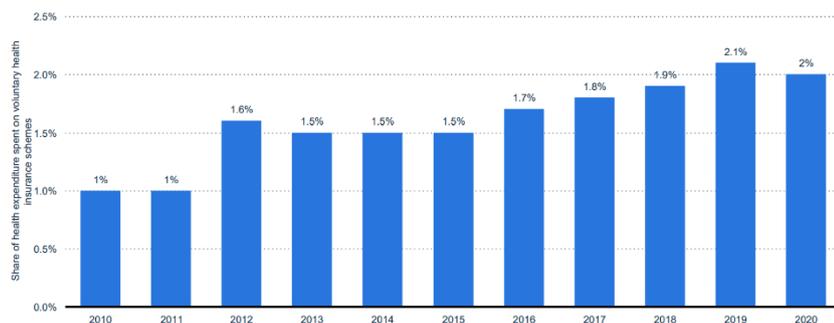
¹⁰⁷ Spese sanitarie che i cittadini sono chiamati a dover pagare direttamente nel momento del bisogno

¹⁰⁸ Rapporto RBM-censis sanità integrativa di marco Vecchietti (2019)

¹⁰⁹ Report osservatorio GIMBE la sanità integrativa (2019)

¹¹⁰ Rapporto RBM-censis sanità integrativa di marco Vecchietti (2019)

¹¹¹ Private health insurance in Italy, statista



La spesa out-of-pocket genera grandi disuguaglianze tra coloro che sono in grado di permettersi delle prestazioni fruite da enti privati, rispetto a coloro che per esigenze di reddito possono rivolgersi solo al sempre meno efficiente sistema pubblico. Lo Stato deve dunque intervenire per limitare questo gap relativo al bene salute. Le soluzioni a cui può fare ricorso sono gli altri due pilastri del nostro sistema sanitario: i fondi sanitari e le imprese assicurative private.

L'intermediazione delle imprese assicuratrici private, sembrerebbe essere la soluzione a questa distribuzione non efficiente. In realtà, la transizione da un sistema universalistico ad uno misto, provoca un aumento della spesa sia pubblica che privata. Tale aumento è dovuto ad un'impossibilità di controllare la crescita dei prezzi, ai costi amministrativi delle imprese assicurative (25%, rispetto al 12-13% statale) e all'aumento della domanda di cure che si avrebbe in entrambi i sistemi (pubblico e privato). Secondo uno studio dell'università Southern Denmark nel 2012, infatti, la coesistenza delle due tipologie di copertura comporta un incremento dell'azzardo morale in entrambe,¹¹² non risolvendo, ma anzi incoraggiando, il problema delle asimmetrie informative. Un ulteriore problema legato un maggior intervento del sistema privato nella sanità è l'incremento delle disuguaglianze; si va a creare, infatti, una discriminazione in base al reddito: i cittadini a basso reddito vengono esclusi dall'assistenza privata considerata un lusso.¹¹³ Tale gap si evidenzia soprattutto a livello regionale: Lombardia, Lazio e Veneto presentano il maggior numero di assicurati, mentre Sardegna, Umbria, Calabria, Valle d'Aosta e la Provincia Autonoma di Trento il minor numero.¹¹⁴ Risulta dunque, che con il terzo pilastro le disuguaglianze create dalla spesa out-of-pocket che si cercavano di limitare, persistono.

Compreso che l'intervento delle imprese assicuratrici nel settore pubblico nel nostro paese può essere problematico, la soluzione attuabile a livello statale, per rendere efficiente il sistema sanitario senza creare disuguaglianze, è sfruttare meglio il secondo pilastro, quello dei fondi sanitari.

¹¹² La previdenza sanitaria integrativa di Aldo Piperno (2017)

¹¹³ Come il SSN è indebolito dalla crescita del settore privato

¹¹⁴ Rapporto RBM-CENSIS sanità integrativa di Marco Vecchietti (2019)

I fondi sanitari integrativi, infatti, si occupano di erogare le cure che sono escluse dal SSN o parzialmente a carico dei privati. Hanno caratteristiche contrarie alle imprese assicurative private: come la non selezione dei rischi, la non discriminazione nei confronti di particolari gruppi e la non concorrenza con il SSN.

Bisogna comunque intervenire ridefinendo la funzione dei tre pilastri, delineando meglio, appunto, il secondo. La spesa sanitaria intermediata, infatti, è più sostenibile ed equa rispetto alla privata.¹¹⁵ Appare dunque necessario convertirsi ad un modello di finanziamento multipilastro per garantire, anche in un'ottica futura, l'equità nella distribuzione dei servizi sanitari a tutti i cittadini.

Conclusioni

Le carenze informative che non permettono il raggiungimento di un ottimo paretiano, come illustrato nei primi due capitoli, rappresentano sicuramente un limite all'applicazione dell'assicurazione sanitaria. Il fatto che sussistano tali inefficienze è intrinseco nella natura del contratto assicurativo, dunque gli interventi delle imprese volti a limitare tali fenomeni appaiono piuttosto complicati ed alle volte inconcludenti. Nonostante ciò, molti studiosi, come è stato illustrato nel secondo capitolo, hanno cercato di dimostrare come le assicurazioni private possono comportare anche un miglioramento della salute. Gli effetti diretti ed indiretti trattati riguardano infatti sia l'aspetto reddituale che quello del benessere. Il trasferimento di reddito tra individui che sottoscrivono il contratto di assicurazione, permette di diminuire le spese delle cure ai soggetti che si ammalano, garantendo loro di poter anche accedere ad ulteriori cure (vedi l'esempio di Nyman con Elisabeth) portando dunque un guadagno sociale. Tali benefici sono comunque relativi, infatti, come si è evidenziato, se l'incremento della domanda delle cure è dovuto a comportamenti opportunistici degli individui, non vi sarebbe alcun miglioramento di salute e neanche beneficio per la società. Inoltre, tale guadagno sussiste solo per coloro che sono in grado di permettersi l'assicurazione, lasciando indietro tutti coloro che, per differenze di reddito, non riescono a pagare il premio assicurativo o che non rispettino determinati criteri di selezione.

Alla luce di quanto esposto in tale elaborato, appare sempre più evidente che l'assicurazione sanitaria privata, rappresenta uno strumento utile per la sanità, ma non può essere considerato come unica fattispecie integrativa all'assistenza sanitaria. Il Sistema sanitario italiano prevede, come è stato illustrato nel terzo capitolo, la fruizione ed il finanziamento delle prestazioni mediche da parte dello Stato. Purtroppo si è evidenziato dalle statistiche, riportate sempre nel medesimo capitolo, che l'ente pubblico non è più in grado di soddisfare i nuovi bisogni dei cittadini a causa delle pressioni del vincolo di bilancio, tanto che è stato costretto, negli ultimi anni, a ridimensionare la spesa impiegata nella sanità. Nonostante l'assistenza sanitaria pubblica persista, gli individui impiegano per una grossa fetta di spesa sanitaria i propri fondi a causa delle lunghe attese

¹¹⁵ Rapporto RBM-CENSIS sanità integrativa di Marco Vecchietti (2019)

e del costo del ticket. Quindi, per ovviare questo problema, si può parlare di spesa intermediata, considerando dunque sia le imprese assicurative private che i fondi sanitari integrativi.

Lo Stato dovrà valutare soluzioni efficaci per evitare le ovvie disuguaglianze che si generano nella fattispecie di impresa assicurativa.

Si è evidenziato come il secondo pilastro, relativo ai fondi sanitari integrativi, rappresenti un valido strumento di integrazione all'assistenza fornita dal pubblico, in quanto ha l'obiettivo di tutelare i cittadini in modo più ampio con meccanismi di integrazione e sussidiarietà parallelamente al SSN.

In conclusione, nonostante l'assicurazione sanitaria privata sia piuttosto limitante per la politica welfare italiana essa può comunque contribuire a migliorare l'erogazione dei servizi sanitari relativi al proprio target di individui. Considerandola infatti nell'insieme dei tre pilastri e provvedendo ad una riforma del secondo, il sistema sanitario italiano diventerebbe più efficiente e verrebbe garantito a tutti i cittadini il diritto alla salute.

Sitografia

<https://econfp.org/policy-briefs/an-expanded-view-of-governments-role-in-providing-social-insurance-and-investing-in-children/>

<https://toolbox.eupati.eu/resources/fattori-di-rischio-nella-salute-e-nella-malattia/?lang=it>

<https://www.enfeasalute.it/fondi-di-assistenza-sanitaria-integrativa/>

<https://www.ilsole24ore.com/art/la-salute-e-bene-comune-globale-ADB2iBL>

<https://www.investopedia.com/articles/insurance/082516/examples-adverse-selection-insurance-industry.asp>

<https://www.investopedia.com/articles/insurance/082516/examples-adverse-selection-insurance-industry.asp>

<https://www.investopedia.com/terms/m/moralhazard.asp>

[https://www.leggiscomodo.org/come-il-ssn-e-indebolito-dalla-crescita-del-settore-privato/#:~:text=Il%20sistema%20sanitario%20italiano%20si,\(livelli%20essenziali%20di%20assistenza\).](https://www.leggiscomodo.org/come-il-ssn-e-indebolito-dalla-crescita-del-settore-privato/#:~:text=Il%20sistema%20sanitario%20italiano%20si,(livelli%20essenziali%20di%20assistenza).)

<https://www.santagostino.it/it/santagostinopedia/la-prevenzione>

<https://www.nber.org/reporter/2011number3/selection-and-asymmetric-information-insurance-markets>

<https://www.statista.com/study/60369/supplemental-health-insurance-in-italy/>

<https://www.economiaediritto.it/asimmetrie-informative-e-ruolo-dello-stato-nel-settore-sanitario/>

<https://www.valuepenguin.com/adverse-selection-health-insurance#:~:text=Adverse%20selection%20can%20negatively%20affect,contains%20more%20high%20risk%20policies>

<http://www.ecostat.unical.it/Scoppa/Didattica/Anni%20precedenti/Richiami%20di%20teoria%20dell'E2%80%99utilit%C3%A0%20attesa.%20Avversione%20al%20rischio,%20premio%20per%20il%20rischio,%20assicurazione.pdf>

[https://temi.camera.it/leg18/temi/tl18_il_fabbisogno_sanitario.html#:~:text=Si%20segnala%20che%20in%20base,per%20cento\)%20rispetto%20al%202019%20C](https://temi.camera.it/leg18/temi/tl18_il_fabbisogno_sanitario.html#:~:text=Si%20segnala%20che%20in%20base,per%20cento)%20rispetto%20al%202019%20C)

<https://www.ilsole24ore.com/art/le-rane-thomas-gresham-e-eterna-lotta-moneta-buona-e-moneta-cattiva-AEDyk7m>

<https://www.economiaediritto.it/asimmetrie-informative-e-ruolo-dello-stato-nel-settore-sanitario/>

<https://www.pensionielavoro.it/site/home/i-protagonisti-della-sanita-integrativa/le-casse-e-i-fondi-sanitari.html>

https://www.rand.org/pubs/research_briefs/RB9174.html

<https://www.mefop.it/cms/doc/22165/linee-guida-fondi-sanitari-21-04-2021.pdf>

<https://www.saluteinternazionale.info/2009/06/beveridge-vs-bismarck/>

<https://www.saluteinternazionale.info/2009/06/beveridge-vs-bismarck/>

<https://www.a1life.it/2016/12/spesa-sanitaria-out-of-pocket/>

Bibliografia

Akerlof, G. A.

The Market for “Lemons”: Quality Uncertainty and the Market Mechanism.

The Quarterly Journal of Economics, 488–500, 1970

<https://doi.org/10.2307/1879431>

Anzanello, Roberto.

La logica dei tre pilastri della sanità,

Associazione Nazionale Sanità Integrativa, 2017

<https://www.sanitaintegrativa.org/wp-content/uploads/2017/08/2017-5-La-logica-dei-tre-pilastri-della-sanit%C3%A0-R.Anzanello.pdf>

Auerbach David, Holtzblatt Janet, Jacobs Paul, Micozzi Alexandra, Momau Pamela, White Chapin.
Will health insurance mandates increase coverage? synthesizing perspectives from health, tax, and behavioral economics,

National Tax Journal, 2010

https://www.cbo.gov/sites/default/files/111th-congress-2009-2010/workingpaper/working_paper_2010-05-health_insurance_mandate.pdf

Barigozzi, Francesca.

Assicurazione sanitaria,

Rivista di politica economica, 2006

https://www.uniba.it/docenti/vinella-annalisa/attivita-didattica/Barigozzi_RPE2006.pdf

Cartabellotta Nino, Luceri Roberto, Cottafava Elena, Mosti Marco.

La sanità integrativa,

Fondazione GIMBE Bologna, 2019

https://www.gimbe.org/osservatorio/Report_Osservatorio_GIMBE_2019.01_Sanita_integrativa.pdf

Ching-To Albert Ma, Riordan Michael H.

Health Insurance, Moral Hazard, and Managed Care.

Journal of Economics & Management Strategy, 2004

<https://doi.org/10.1111/j.1430-9134.2002.00081.x>

Cutler David M., Zeckhause Richard J.

Adverse Selection in Health Insurance,

National Bureau of Economic Research, pages 1-32, 1998

<https://www.nber.org/system/files/chapters/c9822/c9822.pdf>

Dave, D., Kaestner, R.

Health insurance and ex ante moral hazard: evidence from Medicare,
International Journal of Health Care Finance and Economics, 2009
<https://doi.org/10.1007/s10754-009-9056-4>

Di Novi, Cinzia.

Adverse selection in the private health insurance markets: a two-step approach,
Rivista Internazionale Di Scienze Sociali, 2011
<http://www.jstor.org/stable/41624982>.

Di Novi, Cinzia.

La Salute Attraverso gli Occhi di un Economista
<http://concorsoeconomia.it/wp-content/uploads/2017/02/La-salute-attraverso-gli-occhi-di-un-economista.pdf>

Dino Rizzi, Francesca Zantomio.

Analisi e strumenti di politica sociale,
Ca' Foscari, pag 177-208, 2013

<https://edizionicafoscari.unive.it/media/pdf/books/978-88-97735-60-1/978-88-97735-60-1.pdf#page=177>

Eisenhauer, Joseph G.

Theory of Demand for Health Insurance: A Review Essay,
Journal of Insurance Issues, 2006.
<http://www.jstor.org/stable/41946257>.

Ferrera Maurizio, Maino Franca.

Il "secondo welfare" in Italia: sfide e prospettive,
ITALIANIEUROPEI, 2011

https://air.unimi.it/retrieve/250814/Ferrera%20e%20Maino_IE_2011.pdf

Fiocca Mariateresa, Hey John D.

The demand for Italian health insurance,
Insurance: Mathematics and Economics, Elsevier, 1989
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0167668789900243>

Gallo, Paolo.

Asimmetrie informative e doveri di informazione,
Rivista di Diritto Civile, 2007

https://www.academia.edu/38646090/ASIMMETRIE_INFORMATIVE_E_DOVERI_DI_INFORMAZIONE

Ghadir, Mahdavi.

Advantageous Selection versus Adverse Selection in Life Insurance Market,
2005
<https://www.cicfconf.org/past/cicf2006/cicf2006paper/20060114221529.pdf>

Levy Helen, Meltzer David.

The Impact of Health Insurance on Health,
Annual Review of Public Health, 2008
<https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.publhealth.28.021406.144042>

- Lofgren Karl–Gustaf , Persson Torsten , Weibull Jorgen W.
Markets with Asymmetric Information: The Contributions of George Akerlof, Michael Spence and Joseph Stiglitz,
The Scandinavian Journal of Economics, 2003
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1467-9442.00280>
- Montefiori, Marcello.
Libertà di scelta e contratti prospettivi: l'asimmetria informativa nel mercato delle cure sanitarie ospedaliere,
2002
https://www.digspes.uniupo.it/sites/default/files/elfinder_library/file/polis/pubbl/RePEc/uca/ucapdv/montefiori.pdf
- Neudeck Werner, Podczeck Konrad.
Adverse selection and regulation in health insurance markets
Journal of Health Economics, pages 387-408, 1996
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167629696004882>
- Nyman, John A.
Health Insurance Theory: The Case of the Missing Welfare Gain,
The European Journal of Health Economics, pp. 369–80, 2008
<https://link.springer.com/article/10.1007/s10198-007-0084-z>
- Pauly, Mark V.
The Economics of Moral Hazard: Comment,
The American Economic Review, 1968
<https://www.jstor.org/stable/pdf/1813785.pdf>
- Petretto, Alessandro.
Modelli economici di organizzazione sanitaria e finanziamento,
Fondazione Cesifin Alberto Predieri, Firenze, 2009
<https://docplayer.it/67851058-Modelli-economici-di-organizzazione-sanitaria-e-finanziamento.html>
- Rothschild Michael, Joseph Stiglitz.
Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information.
The Quarterly Journal of Economics, 1976
<https://www.uh.edu/~bsorense/Rothschild&Stiglitz.pdf>
- Scognamiglio, Carlo,
Economia industriale,
Luiss University Press, Milano, 2019
- Sekhri Neelam, Savedoff William.
Regulating private health insurance to serve the public interest: policy issues for developing countries,
The International Journal of Health Planning and Management, 2006
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/hpm.857>
- Sloan Frank A., Ostermann Jan, Conover Christopher, Donald Taylor , Picone Gabrie.
The Price of Smoking,
Mit Pr, 2006

Sommers BD, Gawande AA, Baicker K.
Health Insurance Coverage and Health - What the Recent Evidence tell us
The new England journal of medicine, 2017
<http://medicine.tums.ac.ir/filegallery/2299016929/nezamoleslami%2031%20ordibehesht.pdf>

Stanciole, Anderson.
Health Insurance and Lifestyle Choices: Identifying Ex Ante Moral Hazard in the US Market,
The Geneva Papers on Risk and Insurance - Issues and Practice, 2008
<https://doi.org/10.1057/gpp.2008.27>

Toth, Federico.
L'assicurazione sanitaria privata:alcuni paesi OCSE a confronto, 2018
https://www.researchgate.net/publication/334836613_L'assicurazione_sanitaria_privata_alcuni_paesi_OCSE_a_confronto

Vecchiotti, Marco.
*Rapporto RBM-censis sanità integrativa**, 2019
[*allegato4442821.pdf \(quotidianosanita.it\)](http://www.quotidianosanita.it/*allegato4442821.pdf)

Wilson, C.
Allocation, Information and Markets
The New Palgrave, pages 31-34, London. 1989
https://doi.org/10.1007/978-1-349-20215-7_2

Yingying, Dong How.
health insurance affects health care demand – a structural analysis of behavioral moral hazard and adverse selection,
Economy Inquiry, 2012
http://www.yingyingdong.com/Research/Insurance%20and%20Drinking_EI%20R&R.pdf