

Quanta complessità giova al mercato sanitario? I molteplici livelli della competizione nel sistema sanitario svizzero.

Prof. LUCA CRIVELLI

PhD in economia politica all'Università di Zurigo. Responsabile del Master in economia e gestione sanitaria e sociosanitaria (Net-MEGS) e ricercatore presso l'Istituto Mecop da quasi un decennio, nel 2007 è stato nominato professore aggregato presso la Facoltà di scienze economiche dell'USI. Dal 2002 è professore SUPSI e titolare dei corsi di macroeconomia ed economia pubblica ed etica presso il Dipartimento Scienze Aziendali e Sociali.

“Whoever calls for more market orientation will usually not want to have that principle applied to him or herself. This is true both for political parties and for players involved in the health system. Whoever claims to be committed to deregulation will often end up making proposals that by far exceed the volume and intensity of existing regulations” (U. Schmidt, 2005).

1. Introduzione

A detta di molti esperti, l'organizzazione del sistema sanitario svizzero si distingue nel confronto internazionale per l'esasperato grado di complessità¹. Questa è determinata dall'effetto congiunto di parecchi fattori, di cui i più noti sono il federalismo e le istituzioni della democrazia diretta – che caratterizzano il sistema politico elvetico – e l'elevato numero di attori che partecipano al finanziamento ed alla regolazione del settore sanitario². Ai fattori di natura istituzionale si aggiungono i molteplici livelli in cui si articola il gioco della concorrenza nel mercato sanitario svizzero: tra singoli fornitori di prestazione (medici, farmacie, servizi di assistenza domiciliare, ecc.), in virtù dell'ampia autonomia di scelta di cui godono i pazienti, tra settore pubblico e settore privato in ambito ospedaliero, tra i circa 90 assicuratori malattia, tra studi medici e day hospital nel settore ambulatoriale. In prospettiva futura è lecito attendersi un incremento della competizione anche tra i 26 sistemi ospedalieri cantonali e tra reti integrate di cura³.

Grande rilevanza riveste dunque nella sanità svizzera la possibilità per il cittadino di esercitare la propria libertà di scelta (nei confronti del medico di famiglia, dello specialista, dell'ospedale, della cassa malati). A differenza di sistemi sanitari contraddistinti per esempio dal *gatekeeping*⁴ o dalla presenza di un assicuratore unico, ai cittadini svizzeri è data la facoltà di contribuire, con le proprie scelte, a governare il mercato sanitario e ad orientare il comportamento delle istituzioni che vi operano verso l'interesse dei pazienti. Così la retorica del mercato descrive i pregi del gioco della concorrenza: se i clienti non dovessero gradire il rapporto prezzo-qualità di un dato servizio (a condizione che nel mercato vi sia sufficiente concorrenza), essi decideranno di “uscire” e cercheranno altrove soddisfazione ai propri bisogni, esercitando in questo modo la propria sovranità. L'esercizio della libertà di scelta, accompagnato dall'esistenza di concorrenza, è considerato dalla teoria economica un

¹ Cfr. per esempio OCDE (2006), p. 47 e 140.

² Oltre ai tre livelli di governo, partecipano alla copertura della spesa le 90 casse malattia, la SUVA e le altre assicurazioni sociali quali AVS, AI, AM, gli assicuratori privati, i pazienti.

³ Si veda il progetto di riforma del finanziamento ospedaliero, nel quale il Consiglio Nazionale ha inserito il principio del “Cassis de Dijon” e la cui approvazione potrebbe avvenire nella sessione autunnale delle camere federali [cfr. Crivelli (2007)], e la promozione di reti integrate di cura grazie ad un maggior sostegno alla diffusione dei modelli “*managed care*” con responsabilità budgetaria [cfr. Crivelli (2004)].

⁴ L'obbligo, per il paziente, di far riferimento al proprio medico di famiglia per poter accedere agli altri fornitori di prestazione.

presupposto indispensabili affinché le imprese (che si ipotizza interessate alla massimizzazione dei profitti) siano costrette ad operare in modo efficiente ed a produrre “valore” per i consumatori.⁵

Nella sanità il meccanismo appena descritto può essere ulteriormente complicato se si affida al gioco della concorrenza anche la scelta della copertura assicurativa. La stessa LAMal, entrata in vigore il 1 gennaio 1996, ha infatti adottato alcuni principi esplicitati dal modello di “*managed competition*” ideato da Alain Enthoven alla fine degli anni settanta⁶. Secondo Enthoven il modo più efficace per realizzare la competizione nel sistema sanitario consisterebbe nello spostare il gioco della concorrenza sul tavolo dell’assicurazione malattia. Può pertanto essere ottimale il fatto di istituire l’obbligo per tutti i cittadini di acquistare una copertura di base, ma a condizione di lasciar loro la possibilità di scegliere (a scadenze regolari) presso quale assicuratore sottoscrivere la polizza. In questo modo la competizione tra assicuratori malattia finisce con il fungere da stimolo alla concorrenza tra fornitori di cura, per il tramite della sottoscrizione di contratti selettivi all’interno di un quadro legislativo ben definito.

In questi ultimi anni, nell’ambito dei progetti di riforma della LAMal, stiamo assistendo al tentativo di rafforzare ulteriormente l’approccio di mercato, partendo proprio dal settore dell’assicurazione malattia⁷. A questa tendenza si contrappone il fatto che il settore sanitario continuerà anche in futuro ad essere caratterizzato da importanti interventi statali⁸, a suscitare l’interesse di una fetta significativa della classe politica (non riuscendo così a sottrarsi all’influenza dell’ideologia ed ai problemi evidenziati dalle teorie del *rent-seeking* e della cattura⁹) e a fare i conti con l’azione di potenti lobby. Alla luce di questa particolare costellazione appare più che mai urgente una valutazione di quanto realmente giovi alla sanità svizzera non solo l’attuale complessità¹⁰ ma anche se e in che misura i prospettati interventi di liberalizzazione, fondati su una maggior apertura del settore assicurativo alla logica del profitto e su un ulteriore rafforzamento della dinamica di scelta da parte di pazienti e assicurati, siano lo strumento adatto per incrementare l’efficienza e la qualità dei servizi. Se infatti si scoprisse che il meccanismo di mercato non funziona così bene come ipotizzato (magari con la complicità di controllori poco preparati o non del tutto *super partes*), i risultati di questa trasformazione potrebbero essere la distribuzione di importanti rendite economiche ai *key-players* e il rischio di minare alle fondamenta la qualità dei servizi, l’equità e la sostenibilità finanziaria dell’intero sistema universale di assicurazione malattia. E’ noto che il mercato non funziona allo stesso modo quando i consumatori sono interessati ad acquistare la massima quantità di un dato bene e la concorrenza è regolata dal prezzo rispetto alla situazione in cui l’interesse del paziente è rivolto in primo luogo alla qualità del servizio, questa è di difficile interpretazione poiché include, accanto alla dimensione tecnologica, anche aspetti relazionali, mentre il costo della cura è in gran parte socializzato tramite l’assicurazione malattia o la fiscalità. In questi casi sono illuminanti gli insegnamenti contenuti in un celebre saggio di Albert Hirschman. Esiste un secondo strumento, che gli economisti tendono a sottovalutare, mediante il quale manifestare il proprio dissenso nei confronti della qualità di un servizio, al fine di suscitare un cambiamento: la protesta. A questo secondo strumento si ricorre

⁵ Abitualmente si parla di “*value for money*”, sottintendendo la produzione del massimo beneficio possibile per il cliente ai costi minimi consentiti dalla tecnologia a disposizione.

⁶ Per una descrizione delle caratteristiche di questo modello si veda ad esempio Enthoven (1988).

⁷ Buona parte dei progetti di riforma della LAMal (nuovo finanziamento ospedaliero, promozione di reti integrate di cura con responsabilità finanziaria, abolizione dell’obbligo di contrarre, passaggio ad un modello di finanziamento monista), possono essere letti come interventi volti a rafforzare il funzionamento delle logiche di mercato in ambito assicurativo. Secondo Herzlinger e Parsi (2004) la Svizzera rappresenterebbe un buon esempio di “*consumer driven health care*”.

⁸ Se non altro per il fatto che una fetta consistente della spesa sanitaria viene socializzata tramite gli strumenti della fiscalità e dell’assicurazione malattia obbligatoria.

⁹ Cfr. per esempio Krueger (1974), Stigler (1971), Laffont e Tirole (1991).

¹⁰ Sulla questione per esempio del federalismo e dell’elevato decentramento delle competenze, in un paese come la Svizzera caratterizzato da un numero di abitanti inferiore a quello della Lombardia, si rimanda all’analisi di Crivelli e Filippini (2003).

frequentemente nell'arena politica: dove l'uscita (da una regione, da una comunità) è costosa e spesso difficilmente praticabile, il cittadino protesta (per esempio tramite le istituzioni della democrazia diretta), allo scopo di migliorare la performance delle istituzioni politiche ed esercitare così la propria cittadinanza. Nei mercati sanitari l'uscita dalla relazione contrattuale (*exit*), causata da un peggioramento della qualità, non concerne il consumatore-marginale (quello che, in un mercato regolato dal prezzo, trarrebbe dalla prestazione un beneficio marginale inferiore al costo), quanto il migliore di tutti i pazienti, colui che è in grado di valutare meglio di ogni altro gli aspetti qualitativi del servizio e la cui protesta (*voice*) potrebbe essere un segnale ancor più utile al sistema della sua semplice uscita. La sfida dei mercati sanitari consiste pertanto nel saper valorizzare, ai fini del miglioramento della qualità dei servizi, anche i segnali di protesta, evitando che questi vengano soffocati dall'esasperato ricorso al meccanismo di uscita.

Siccome una valutazione della performance e del funzionamento del mercato sanitario elvetico, fondata su dati quantitativi e su di una metodologia articolata, è fuori dalla portata di questo contributo¹¹, l'obiettivo (ben più modesto) che ci proponiamo è quello di presentare qualche riflessione sul funzionamento del mercato nei tre ambiti principali in cui si gioca oggi la concorrenza nella sanità elvetica ed abbozzare qualche considerazione finale.

2. I molteplici livelli della competizione nel sistema sanitario svizzero ed i limiti del mercato

Nell'assetto della sanità elvetica si riflettono almeno tre fattori fondamentali: (a) un sistema politico fortemente decentrato, basato sul federalismo e sulle istituzioni della democrazia diretta¹²; (b) una cultura economica liberale e (c) una sicurezza sociale articolata, le cui radici risalgono ad iniziative della società civile ed alla tradizione del mutuo soccorso, ma che a partire dalla metà del XX secolo ha visto la nascita di assicurazioni a carattere universale quali l'AVS, l'AI e, nel 1996, di un'assicurazione malattia obbligatoria sul piano federale (Achtermann e Berset, 2006a).

(a) Federalismo e competizione

Dal punto di vista della teoria economica il federalismo costituisce una modalità per dar vita al gioco della concorrenza anche nel sistema politico e più precisamente tra governi locali. Come ben evidenziato da Tiebout (1956), in uno Stato federale i cittadini hanno la facoltà di manifestare le proprie preferenze non solo attraverso i sistemi di rappresentanza democratica ma anche mediante l'uscita, identificata da Tiebout nella possibilità di “*votare con i propri piedi*”, trasferendosi per esempio in un'altra giurisdizione. Scrivono in proposito Inman e Rubinfeld (2000): “*l'esistenza di una molteplicità di governi locali autonomi porta alla creazione di una sorta di mercato nazionale dell'intervento pubblico, nel quale i cittadini si spostano da una regione all'altra e si stabiliscono nella giurisdizione in cui la combinazione di regolamentazioni statali più si avvicina alle loro preferenze. In un simile contesto si determina una pressione da parte dei contribuenti che, tramite la propria uscita e l'insediamento in un'altra giurisdizione, spingono i governi locali ad inseguire la massima efficienza nella produzione di beni e servizi pubblici*”.

A differenza degli Stati Uniti, dove si registra una forte mobilità dei cittadini, in Svizzera l'uscita non è molto praticata in ambito politico. Il trasferimento di cittadini da un cantone all'altro (non da ultimo per

¹¹ Un buon punto di riferimento in questo senso è rappresentato dal recente rapporto dell'OCSE sul sistema sanitario svizzero [OCDE (2006)] e dall'analisi di settore pubblicata nel settembre 2006 dalla Commissione per le questioni congiunturali [Commission pour les questions conjoncturelles (2006)].

¹² Il compito di garantire l'approvvigionamento sanitario della popolazione spetta, come noto, ai singoli cantoni.

le differenze culturali esistenti tra le varie regioni linguistiche) è un fenomeno piuttosto limitato. Sebbene la competizione fiscale tra cantoni (in particolare per quanto concerne l'imposizione delle persone giuridiche) si sia fatta negli ultimi anni molto serrata e le differenze di spesa pubblica e di premio dell'assicurazione obbligatoria siano macroscopiche (cfr. Crivelli, Filippini e Mosca, 2006), il trasferimento di domicilio da un cantone all'altro per ragioni fiscali rimane una soluzione ancora poco praticata dai cittadini svizzeri. Il federalismo ha però contribuito a far evolvere, nel sistema sanitario, modelli organizzativi molto diversi tra loro, che (almeno in teoria) dovrebbero riflettere le preferenze dei residenti nei diversi cantoni, ma che nel contempo determinano forti tensioni per quanto concerne il processo di riforma di un sistema assicurativo disegnato in modo uniforme sul piano nazionale¹³ e rappresentano un costo notevole in termini di economie di scala non sfruttate. Infine manca un confronto sistematico delle *best practices*, per cui non di rado si assiste ad errori commessi da un cantone che a distanza di qualche anno vengono ripetuti da altri o al fatto che modelli particolarmente innovativi non suscitino l'interesse e il desiderio di emulazione di altri cantoni.¹⁴

(b) Competizione tra fornitori di cure

La concezione liberale della salute e della medicina è all'origine dell'ampia autonomia di scelta di cui, ancora oggi, i pazienti beneficiano in Svizzera. Il nostro sistema sanitario può essere assimilato ad un gigantesco supermarket della salute, con piena libertà di scelta del fornitore di cura da parte dei pazienti e capacità produttive in eccesso sul lato dell'offerta. Nel confronto internazionale risulta che la dotazione di infrastrutture diagnostiche e terapeutiche della Svizzera ed il reddito dei medici attivi nel nostro paese (in particolare quelli con lo statuto di liberi professionisti) siano in assoluto tra i più alti (OCDE, 2006). Nel contempo non solo il paziente è libero di scegliere il proprio medico, ma lo può cambiare ogni volta lo ritiene opportuno ed ha la facoltà di recarsi direttamente da uno o più specialisti contemporaneamente. Questa libertà di scelta è ulteriormente incoraggiata dal fatto che le prestazioni ambulatoriali sono remunerate all'atto. Lacunoso resta per contro l'accesso dei pazienti elvetici ad informazioni sulla qualità clinica, sull'efficacia e sull'appropriatezza della presa a carico sanitaria così come sulla performance dei singoli fornitori di cure, una premessa indispensabile per poter esercitare scelte consapevoli e godere di una reale autonomia decisionale. Il meccanismo di reazione dell'uscita, immaginato da Hirschman, presuppone infatti la capacità dei consumatori di reagire ad un progressivo deterioramento della qualità del servizio erogato attraverso l'uscita verso fornitori qualitativamente più performanti. Nel caso del mercato sanitario elvetico, la cronica mancanza d'informazione e di trasparenza sulle caratteristiche qualitative dell'offerta di cure (asimmetria d'informazione tra domanda e offerta) rende virtuale ogni meccanismo di reazione.

Ad ulteriormente compromettere la possibilità di un efficace ricorso all'uscita contribuisce il principio del federalismo. Pur in un piccolo Stato federale con soli 7 milioni di abitanti, ciascuno dei 26 cantoni è tenuto a pianificare i bisogni sanitari della propria popolazione, autorizzando un numero sufficiente di strutture di cura localizzate sul proprio territorio o nei cantoni limitrofi. Nell'ambito dell'assicurazione malattia obbligatoria il rimborso delle cure è garantito in prima battuta negli ospedali inclusi nella pianificazione del proprio cantone di domicilio e solo in caso di provato bisogno è possibile fare ricorso a strutture sanitarie pianificate da altri cantoni, dopo essersi sottoposti ad un processo di autorizzazione formale. Benché all'interno di molti cantoni si assista ad una forte rivalità tra strutture pubbliche e private, il limitato territorio in cui si realizza la pianificazione ospedaliera favorisce la creazione di

¹³ Si pensi al controverso rapporto tra i governi cantonali ed il parlamento federale nell'ambito dei progetti di riforma della LAMal.

¹⁴ Un primo tentativo di istituire un osservatorio delle politiche sanitarie cantonali dei singoli cantoni è stato realizzato da Achtermann e Berset (2006b).

monopoli regionali, ostacola la specializzazione necessaria a garantire la massima efficacia degli interventi, impedisce un confronto di performance tra ospedali situati nei diversi cantoni e porta ad una segmentazione dell'offerta che non consente lo sfruttamento delle economie di scala esistenti in questo settore (Farsi e Filippini, 2006).

(c) Competizione tra assicuratori malattia

Con l'entrata in vigore della LAMal, il legislatore elvetico ha cercato di potenziare il ruolo degli assicurati all'interno del sistema sanitario, agevolandone la decisione di uscita. A questo scopo si è deciso di standardizzare il contratto dell'assicurazione obbligatoria, di imporre alle casse malati l'obbligo di affiliare chiunque ne faccia richiesta alle medesime condizioni e di offrire agli assicurati la possibilità di cambiare assicuratore addirittura due volte all'anno (il 1. gennaio ed il 1. luglio). La copertura di base offerta dalle 90 casse malati è pertanto da considerarsi uniforme sotto tutti i punti di vista: il pacchetto di prestazioni riconosciuto, le condizioni di partecipazione ai costi (almeno per il contratto con franchigia ordinaria) e la qualità dei servizi sanitari rimborsati (in virtù dell'obbligo di contrarre, i residenti in un dato cantone hanno il diritto di scegliere i medesimi fornitori di cura, indipendentemente dall'identità del proprio assicuratore malattia). Di conseguenza la concorrenza fra assicuratori può giocare su due sole variabili: la qualità dei servizi amministrativi (celerità del rimborso delle fatture, servizio alla clientela, ecc.) ed il prezzo della polizza.¹⁵

E' importante ricordare che il premio richiesto da un assicuratore, uguale per tutti gli adulti residenti in una data regione, riflette sostanzialmente due fattori: il profilo medio dei rischi presenti nel suo portafoglio (risultando quindi sensibile alle strategie di selezione dei rischi adottate) e la capacità dell'assicuratore di promuovere un controllo efficace sull'appropriatezza delle prestazioni, limitando il più possibile il cosiddetto azzardo morale. Per quanto concerne la qualità del servizio amministrativo, vi sono senza dubbio delle differenze tra le casse, ma queste sono di difficile valutazione per l'assicurato. E' probabile che le differenze nella qualità del servizio siano meglio conosciute dalle persone che, in seguito ad una malattia cronica, sono costrette ad intrattenere frequenti relazioni con il proprio assicuratore. Queste necessitano spesso di informazioni e inviano regolarmente fatture, potendo così valutare i tempi di rimborso e la qualità del supporto informativo; purtroppo la loro uscita potrebbe essere salutata con favore dalla stessa cassa malati, rendendo così sterile il segnale inviato attraverso il cambiamento di cassa.¹⁶

In Svizzera, nonostante si registrino ampie e persistenti differenze di premio all'interno dei singoli cantoni (a fronte di costi di transazione quasi nulli), la frequenza nei cambiamenti di cassa malati è rimasta nel tempo molto bassa.¹⁷ Frank e Lamiraud (2007) hanno evidenziato che all'aumentare del ventaglio di scelte possibili (tra il 1998 ed il 2003 il numero medio di casse malati che offrivano la

¹⁵ Malgrado i legami formali fra copertura di base e coperture complementari LCA siano proibiti dalla legge, il carattere ambivalente delle relazioni contrattuali con assicuratori malattia che offrono, parallelamente all'assicurazione di base, anche un'assicurazione complementare crea delle difficoltà evidenti per l'assicurato nel distinguere i due tipi di contratto. In questo caso anche il contenuto dell'assicurazione complementare potrebbe influenzare la scelta dell'assicurazione di base.

¹⁶ In teoria la concorrenza tra assicuratori (in assenza di un efficace meccanismo di compensazione dei rischi, in grado di annullare il vantaggio economico della caccia ai buoni rischi) potrebbe portare ad un abbassamento generalizzato della qualità amministrativa.

¹⁷ Per esempio solo il 2.7% degli assicurati ha cambiato assicuratore di base fra il 2005 ed il 2006, una percentuale inferiore agli ultimi due anni, ma sostanzialmente in linea con i movimenti registrati negli ultimi 10 anni [cfr. www.comparis.ch e Colombo (2001)]. In questi cambiamenti sono pure inclusi i trasferimenti di assicurati fra compagnie di uno stesso gruppo assicurativo. E' infatti noto che i tre gruppi più importanti in Svizzera (che coprono ca. il 35% del mercato) hanno creato al proprio interno delle nuove casse malati che offrono premi più bassi con l'obiettivo di acquisire buoni rischi..

copertura di base in un dato cantone è aumentato da 39 a 52), si è registrata una significativa diminuzione nella frequenza dei cambiamenti. Questo risultato è stato ottenuto attraverso la stima di un modello econometrico complesso, che controllava una lunga serie di variabili quali il risparmio potenziale consentito dal cambiamento di cassa, l'esistenza di una copertura complementare, il grado di soddisfazione nei confronti del proprio assicuratore, la durata del contratto, sesso, età e stato di salute. La maggioranza degli assicurati elvetiche non sceglie dunque la via dell'uscita, ma preferisce rimanere fedele al proprio assicuratore, nonostante il premio corrisposto sia molto più elevato di quello minimo.¹⁸ Ci sono varie interpretazioni per questa situazione: (1) costi d'informazione e di transazione percepiti come elevati dagli assicurati¹⁹; (2) una razionalità limitata degli individui, che determina una forte inerzia nelle decisioni di uscita e la tendenza a privilegiare il mantenimento del contratto in corso (*status quo bias*); (3) la "lealtà" nei confronti della propria cassa malati; (4) l'avversione al rischio, con assicurati che preferiscono rimanere fedeli ad una compagnia di cui conoscono pregi e difetti piuttosto che affrontare l'incertezza di un nuovo assicuratore o, più semplicemente, che confidano nel fatto che dopo qualche anno la propria cassa tornerà ad offrire la copertura di base a condizioni competitive. L'evidenza empirica riscontrata, sia in Svizzera che negli Stati Uniti²⁰, mostra infine che le (poche) persone che cambiano frequentemente cassa malati appartengono in prevalenza alla categoria dei buoni rischi (persone giovani, in buona salute e con scolarità alta).

Tutti questi dati lasciano supporre che una liberalizzazione ulteriore dell'assicurazione malattia, finalizzata al rafforzamento della competizione, potrebbe determinare risultati negativi: una minor efficacia nelle decisioni di uscita degli assicurati e, di riflesso, il trasferimento di importanti "rendite di posizione" agli assicuratori malattia.

3. Conclusioni

Esiste una via alternativa alla deregolamentazione del mercato sanitario? Forse no, ma è almeno opportuno porsi l'interrogativo, se non altro per il fatto che una valutazione intellettualmente onesta della situazione ci fornirebbe buone ragioni per ripensare l'itinerario delle riforme attualmente in discussione.²¹ *"L'interesse pubblico non è servito al meglio insistendo sulla necessità di promuovere una competizione a tutti i costi tra gli attori del settore sanitario. I pazienti potrebbero trarre dei benefici anche dalla cooperazione tra medici ed ospedali, sia in termini di costi inferiori che di qualità più elevata dei servizi. La «managed competition» da sola non è sufficiente per contenere i costi"*²², scriveva 10 anni fa Victor Fuchs, forse il più grande tra gli economisti sanitari americani, affermando nel contempo la necessità di tornare a fare affidamento sulle norme professionali quale terzo strumento

¹⁸ Alle persone che non cambiano assicuratore rimane la possibilità di un'uscita parziale che può materializzarsi nella scelta di una franchigia opzionale più elevata o di un contratto di *managed care*. Entrambe queste decisioni comportano uno sconto di premio e consentono ai buoni rischi di sottrarsi parzialmente al contributo di solidarietà nei confronti dei cattivi rischi, previsto dal sistema di premio unico.

¹⁹ Un elemento particolare può contribuire a rendere particolarmente elevati i costi di transazione: la possibilità per gli assicuratori malattia di offrire, parallelamente all'assicurazione di base, le coperture complementari. Per questi prodotti la mobilità degli assicurati è limitata in ragione del diritto degli assicuratori di valutare lo stato di salute del cliente e di utilizzare l'informazione per definire il premio in base al rischio o introdurre delle riserve di copertura. Alcune persone potrebbero decidere di non cambiare assicuratore di base in seguito alla paura di perdere la propria copertura complementare.

²⁰ Cfr. ad esempio Beck et al (2003), Strombom et al (2002).

²¹ La stessa letteratura economica, dalla pubblicazione del celebre saggio di Arrow nel 1963, è concorde nel riconoscere al settore sanitario alcune caratteristiche distintive, legate alla natura stessa del bene salute, in virtù delle quali il *laissez-faire* in sanità è considerato una politica scellerata.

²² Fuchs, V. (1996), p. 18.

di controllo accanto a concorrenza e regolazione statale. Il medico e la razionalità medica devono continuare ad esercitare un ruolo essenziale nella presa di decisioni sanitarie. Secondo Fuchs la soluzione ottimale consisterebbe nel fornire ai professionisti del settore gli incentivi, le informazioni e le infrastrutture necessarie per prendere decisioni nel modo più efficace (*cost-effective*). Questo è possibile solo nell'ambito di sistemi integrati di cura, che contemplano l'intero percorso terapeutico, sono gestiti e posseduti dagli stessi medici, ma vengono finanziati con una quota capitaria aggiustata secondo le caratteristiche dei pazienti. Si potrebbe inoltre pensare all'istituzione di meccanismi di regolazione maggiormente indipendenti rispetto ad oggi, in grado soprattutto di aumentare la trasparenza dell'informazione nei confronti della qualità dei servizi (*outcome*), del rapporto costi-benefici di tecnologie e farmaci e delle performance del mercato assicurativo. A questo intervento, di natura strutturale, dovrebbe essere infine affiancata una politica capace di rafforzare negli assicurati la "cultura" della salute ed il consumo responsabile, una dimensione dell'agire umano che richiama quanto Hirschman nel suo saggio denominava "lealtà" (*loyalty*). Il design del settore sanitario e, più in generale, del sistema di *welfare* non rappresentano infatti solo un insieme di regole e di restrizioni all'interno del quale si determinano (in modo più o meno razionale, ma comunque esogeno, sistematico e pertanto prevedibile) i comportamenti dei vari attori. Il gioco sociale è molto più complesso e gli incentivi e le istituzioni che regolano l'interazione tra i soggetti esercitano un impatto significativo non solo sulle scelte operate nel breve periodo ma anche sulle preferenze e sui "valori" della società e delle singole persone che la compongono.²³ Di conseguenza non è affatto certo che mediante una manipolazione degli schemi di incentivo si riesca ad orientare i comportamenti dei singoli individui nella direzione auspicata ... occorre in seconda battuta tener conto dell'influenza che una data politica sanitaria eserciterà sulla sfera dei valori e sulle preferenze dei singoli attori²⁴, con conseguenze significative (a volte imprevedibili) sul piano delle scelte e dei comportamenti adottati nel medio termine. Una competizione basata solo sull'uscita finisce irrimediabilmente con il favorire il consumismo sanitario, il *free-riding* e le scelte opportunistiche, con conseguenze rovinose per i sistemi sanitari universali a costi socializzati, che hanno tremendamente bisogno di rafforzare la responsabilità individuale nei confronti del bene comune. Al contrario la promozione di una logica più partecipativa, che preveda per esempio l'inclusione dei pazienti nel processo di monitoraggio della qualità dei servizi e offra ai singoli l'opportunità di esercitare la propria cittadinanza tramite "voice" (anche nei confronti dell'assicurazione malattia), potrebbe rafforzare il senso civico degli assicurati-pazienti e dar vita a processi virtuosi di selezione delle motivazioni favorendo, nel tempo, scelte di consumo sanitario meno opportunistiche e più responsabili.

4. Riferimenti bibliografici

Achtermann, W. e C. Berset (2006a). *Gesundheitspolitiken in der Schweiz – Potential für eine nationale Gesundheitspolitik. Band 1: Analyse und Perspektiven*. Berna: Ufficio federale di salute pubblica.

Achtermann, W. e Berset, C. (2006b). *Gesundheitspolitiken in der Schweiz – Potential für eine nationale Gesundheitspolitik. Band 2: 10 Porträts*. Berna: Ufficio federale di salute pubblica.

Arrow, K. (1963), Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, *American Economic Review*, 53(5), 941-973.

Beck, K., Spycher, S., Holly A., & Gardiol, L. (2003), Risk adjustment in Switzerland. *Health Policy*, 65(1), 63-74.

Bolgiani, I. e L. Crivelli (2006), Consumer driven versus regulated health insurance in Switzerland. The role of exit and voice in a country where health insurance is driven by direct democracy, Mimeo.

Commission pour les questions conjoncturelles (2006), Rapport annuel 2006, 385e Bulletin (Supplément de la Revue «La Vie économique»).

²³ Cfr. ad esempio Zamagni (2006).

²⁴ In una parola sulla "cultura" e sul "capitale sociale".

- Colombo, F. (2001). Towards more choice in social protection? Individual choice of insurer in basic mandatory health insurance in Switzerland. *Occasional papers no. 53*, Paris: Organization for Economic Cooperation and Development.
- Crivelli, L. (2007). Abolishing cantonal barriers in hospital market. *Health Policy Monitor*, April 2007. Available at <http://www.hpm.org/survey/ch/a9/2>.
- Crivelli, L., Filippini, M., & Mosca, I. (2006). Federalism and regional health care expenditures: An empirical analysis for the Swiss cantons. *Health Economics Letters*, 15(5), 535-541.
- Crivelli, L. (2004). Promotion of integrated networks of care. *Health Policy Monitor*, October 2004. Available at <http://www.hpm.org/survey/ch/a4/3>.
- Crivelli, L. e M. Filippini (2003), Il federalismo nel settore sanitario, in: Ghiringhelli, A. (a cura di), *Il Ticino nella Svizzera*, Locarno: Dadò, 353-379
- Enthoven, A. C. (1988). Managed competition: An agenda for action. *Health Affairs*, 7(3): 25-47.
- Farsi, M., & Filippini, M. (2006). An analysis of efficiency and productivity in Swiss hospitals. *Swiss Journal of Economics and Statistics*, 142(1), 1-37.
- Frank, R.G. and K. Lamiraud (2007), Choice, Price Competition and Complexity in Markets for Health Insurance, *NBER Working Papers*.
- Fuchs, V. (1996), Economics, Values and Health Care Reform, *American Economic Review*, 86(1): 1-24.
- Herzlinger, R.E., & Parsa-Parsi, R. (2004). Consumer-driven health care. *JAMA*, 292(10), 1213-1220.
- Inman, R., & Rubinfeld, D. L. (2000). Federalism. In B. Bouckaert & G. DeGeest (a cura di), *Encyclopedia of law and economics* (pp. 661-691). Cheltenham: Edward Elgar.
- Krueger, A. (1974). The Political Economy of the Rent-Seeking Society. *American Economic Review* 64: 291-303
- Hirschman, A. (1970). *Exit, voice and loyalty. Responses to decline in firms, organizations, and states*. Cambridge: Harvard University Press.
- Laffont, J. J. e Tirole, J. (1991). The politics of government decision making. A theory of regulatory capture. *Quarterly Journal of Economics*, 106(4): 1089-1127.
- OCDE (2006), *Examens de l'OCDE des systèmes de santé: Suisse*, Paris: OCDE.
- Schmidt, U. (2005), How sustainable is a market-based approach to the German health system?, *Euro Observer*, 7(1), 1-3.
- Stigler, G. (1971). The theory of economic regulation. *Bell Journal of Economics and Management Sciences*, 2:3-21.
- Strombom, B.A., Buchmueller, T.C., & Feldstein, P.J. (2002), Switching costs, price sensitivity and health plan choice. *Journal of Health Economics*, 21(1), 89-116.
- Tiebout, C. M. (1956). A pure theory of local expenditures. *The Journal of Political Economy*, 64(5), 416-424.
- Zamagni, S. (2006), L'economia come se la persona contasse. Verso una teoria economica relazionale, in: Sacco, P. e S. Zamagni (a cura di), *Teoria economica e relazioni interpersonali*, Bologna: Mulino.