

**Efficienza ed equità
della compartecipazione degli utenti
al finanziamento
delle prestazioni sanitarie pubbliche**

di

Alessandra Taccone

Quaderno n. 155

Giugno 2008

Indice

1. I co-pagamenti degli utenti dei servizi sanitari pubblici	p. 2
2. L'impiego dei co-pagamenti nelle politiche sanitarie	p. 6
3. Un ruolo positivo per i “tickets” ?	p. 14
Bibliografia	p. 20

1. I co-pagamenti degli utenti dei servizi sanitari pubblici

Nell'introduzione al recente studio dell'OECD¹ delle politiche sanitarie nei Paesi membri si afferma: "I Paesi dell'OECD possono essere orgogliosi del progresso compiuto dai loro sistemi sanitari nelle tre passate decadi. La più parte dei Paesi ha conseguito la copertura universale per un insieme essenziale dei servizi sanitari e ha fatto grandi passi per assicurare l'accessibilità della popolazione a questi servizi". E tuttavia avverte "In un numero di Paesi, vi sono barriere che rendono difficile ai gruppi svantaggiati ottenere equo accesso ai servizi sanitari ed ai miglioramenti della salute che questo accesso produce"².

Le permanenti barriere all'accesso di tutta la popolazione ai servizi sanitari essenziali alla salute³ sono identificate in alcuni gruppi: - differenze nelle coperture assicurative, nei Paesi in cui i servizi sanitari essenziali non sono prestati a carico del bilancio pubblico, gratuitamente al punto di utilizzo⁴; - le limitazioni delle prestazioni coperte dal servizio pubblico o da talune forme assicurative (sociale o privata), che

¹ OECD (2004 b), p. 13.

² Il citato lavoro dell'OECD (2004 b) nel presentare rassegne empiriche delle politiche sanitarie seguite dai Paesi OECD nei precedenti decenni, analizza le disuguaglianze nell'utilizzo dei sistemi sanitari attribuibili alle disuguaglianze di reddito (capp. 2 e 3). Risulta che permangono significative iniquità orizzontali che favoriscono i gruppi a più alto reddito. Tali disuguaglianze sono particolarmente significative e diffuse nel campo delle prestazioni mediche specialistiche; mentre i risultati relativi all'utilizzo dei servizi ospedalieri appaiono di interpretazione equivoca. Cfr. OECD (2004 a, cap. 2); cfr. anche DOCTEUR, OXLEY (2003) e VAN DOORSLAER, MASSERIA et alii (2004).

³ Cfr. (OECD 2004 a), cap. 2. Riguardo ai servizi essenziali, l'OECD (2004 b, p. 14) osserva: "Un obiettivo al cuore della politica sanitaria nei Paesi OECD è il conseguimento di un adeguato accesso ai servizi essenziali alla salute da parte di tutte le persone sulla base del bisogno; ma non si esplicita cosa si debba intendere per servizi "essenziali" alla salute. Vi è un rinvio implicito alle indicazioni della scienza medica, quali sono recepite nei pacchetti di prestazioni offerte dal servizio sanitario nazionale nei Paesi a modello "Beveridge", o pagati dagli enti dell'assicurazione obbligatoria nei Paesi a modello "Bismark" (o comprese nei programmi sanitari pubblici per i poveri, finanziati dallo Stato, nei Paesi a prevalente sistema privatistico). In Italia però si è introdotta nell'ordinamento una normativa esplicita delle "prestazioni essenziali": cfr. FRANCE (2003) e TORBICA, FATTORE (2005).

⁴ L'esempio più importante è il sistema sanitario degli Stati Uniti, ancora (mentre scrivo) fondato sull'assicurazione privata, integrata da programmi pubblici specifici per i poveri, gli anziani ed altre categorie più vulnerabili al rischio della salute; vi è negli U.S. un forte dibattito politico sulla opportunità di riformare tale sistema verso un modello di tipo "europeo". Nell'UE i sistemi sanitari sono invece fondati in alcuni Paesi sul servizio pubblico, in altri sul modello delle assicurazioni sociali obbligatorie, con alcune deroghe alla generalità dell'obbligo assicurativo, ma anche con istituti solidaristici in favore dei soggetti più poveri o a maggior rischio.

possono infatti escludere dalla copertura prestazioni che si possono considerare essenziali alla salute; - l'imposizione di forme di co-pagamento (*tickets*) da parte degli utenti di talune prestazioni sanitarie aventi copertura pubblica o assicurativa; - barriere non finanziarie, attribuite a livelli bassi di istruzione e di informazione sanitaria, e all'appartenenza ad ambienti socialmente degradati. Si può notare che i suindicati gruppi di "barriere agli accessi" hanno in comune una relazione con le disuguaglianze del reddito tra fasce di cittadini.

Vi sono, inoltre, "barriere non finanziarie" dal lato dell'offerta delle prestazioni, costituite da⁵: insufficienze della disponibilità di operatori sanitari (medici e personale addetto), in particolare per alcune categorie professionali e/o per loro distribuzione territoriale, insufficienze della disponibilità di apparecchiature sanitarie avanzate (e costose), limitazioni alle opportunità di accesso alle nuove tecnologie (incorporate in medicinali, in pratiche diagnostiche, terapeutiche, chirurgiche, ecc.). Un indicatore ben conosciuto (anche ai pazienti) di tali barriere non finanziarie è rappresentato dai "ritardi" negli accessi alle prestazioni sanitarie (o a quelle più avanzate), rispetto al momento iniziale della richiesta delle prestazioni, e dai ritardi dovuti alle insufficienze dell'azione sanitaria preventiva.

In questo articolo affronto la questione dei co-pagamenti⁶ degli utenti (*tickets* e simili) delle prestazioni sanitarie offerte dai sistemi sanitari a servizio pubblico (modello *Beveridge*) o ad assicurazione sociale obbligatoria (modello *Bismark*)⁷.

⁵ OECD (2004 a), pp. 53-66. Un tema particolare concerne la cura dei bisogni fisici delle persone non autosufficienti, il cui numero tende relativamente ad aumentare con l'invecchiamento delle popolazioni.

⁶ La partecipazione degli utenti dei servizi sanitari al loro finanziamento può assumere diverse forme, quali ammontari fissi di pagamento per prestazione, o una percentuale fissa dei costi richiesta all'utente, o ancora l'imposizione di limiti di spesa che l'utente deve sostenere ("*deductibles*") prima che la prestazione sia coperta dalla tutela pubblica o dall'assicurazione obbligatoria. Cfr. OECD (2004 b, p. 74).

⁷ L'Inghilterra, patria del servizio sanitario nazionale, e i Paesi scandinavi sono generalmente presi a riferimento del modello del servizio pubblico, universale, egualitario, commisurato ai bisogni e gratuito al punto di utilizzo; anche l'Italia ha adottato, dal 1978, il modello del servizio nazionale pubblico (con forte decentramento delle competenze alle regioni). La Germania è presa a riferimento del modello sanitario delle assicurazioni sociali obbligatorie ("*Bismark*"). Negli ultimi decenni l'introduzione di istituti solidaristici nel "modello *Bismark*", ancora adottato da alcuni Paesi europei, lo ha avvicinato al modello del servizio sanitario pubblico, rispetto agli obiettivi dell'universalità dell'accesso alle prestazioni essenziali e dell'eguaglianza di trattamento per uguali bisogni. Cfr. ad esempio per l'esperienza tedesca WÖRZ, BUSSE (2004).

L'imposizione di tale barriera finanziaria da parte di Paesi (quelli OECD, e nel loro ambito quelli UE) che proclamano ufficialmente la volontà collettiva (politica) di promuovere l'accesso di tutta la popolazione alle prestazioni sanitarie essenziali, può apparire, a prima vista, irrazionale, ovvero contraddittoria rispetto all'obiettivo della universalità dell'accesso. In particolare, tale obiettivo è stato costantemente affermato a giustificazione del modello sanitario pubblico, nei Paesi in cui esso è stato introdotto, sicché la sua violazione avviene, nel caso dei "tickets", con atto discrezionale del legislatore e ad effetto immediato, mentre altre "barriere" agli accessi (bassi redditi ed istruzione, degrado ambientale, carenze strutturali dell'offerta) sono le risultanti storiche di processi che è difficile modificare rapidamente.

D'altra parte, la diffusione e la frequenza dell'uso dello strumento del co-pagamento in Paesi anche a modelli sanitari diversi (pubblici, ad assicurazione obbligatoria, con programmi di intervento pubblico per i poveri e per categorie di cittadini ad elevato rischio), sollecita spiegazioni razionali.

La prima è che il co-pagamento è una forma di finanziamento della spesa sanitaria pubblica, nella veste di una tassa imposta al beneficiario del servizio, alternativa (a parità di spesa) a un maggior prelievo attraverso i tributi; oppure una forma di finanziamento delle prestazioni erogate dagli istituti assicurativi a carico dei beneficiari di specifiche prestazioni, alternativa ad aumenti delle aliquote delle contribuzioni sociali generali. Pertanto, l'opportunità dei co-pagamenti deve essere valutata nel confronto con tali forme alternative di finanziamento sotto i profili dell'equità e dell'efficienza, o — come la scrivente preferisce dire⁸ - in relazione agli obiettivi dell'intervento pubblico e alle loro scale di priorità.

⁸ Nei miei precedenti lavori (TACCONE 2005; 2008) ho ricordato che la distinzione tra "equità" ed "efficienza" (questa intesa in senso paretiano) richiede l'accettazione del modello neo-classico che postula sia il fondamento utilitaristico delle preferenze di tutti gli agenti, i privati e lo Stato, sia la determinazione dei prezzi dei fattori produttivi sulla base delle loro produttività marginali (il tasso del profitto deve misurare la produttività marginale del capitale). L'approccio alternativo valuta gli interventi pubblici in relazione alla loro capacità di conseguire gli obiettivi posti dai decisori politici, o quelli altrimenti proposti, non in relazione alle condizioni dell'efficienza paretiana e di una ipotetica funzione utilitaristica del benessere sociale.

Una seconda spiegazione é che i “*tickets*” possono assolvere alla funzione di scoraggiare l’abuso delle prestazioni sanitarie, che é lecito presumere in un settore caratterizzato dalle asimmetrie informative, sia in sfavore degli Enti pagatori delle prestazioni, sia in sfavore dei pazienti (se i medici trovano convenienza a prescrivere prestazioni in eccesso a quelle necessarie), sia talora anche in sfavore dei medici stessi da parte delle imprese produttrici di nuovi farmaci, di macchinari e di articoli sanitari complessi. Divengono cruciali, nelle relative valutazioni, le informazioni sulle elasticità al reddito e al prezzo delle domande delle prestazioni gravate dai “*tickets*”. Le preoccupazioni verso l’impatto negativo dei “*tickets*” sull’accesso alle prestazioni sanitarie dei redditeri delle classi inferiori possono essere mitigate da specifici provvedimenti di esenzione (totale o parziale) collegate al reddito complessivo dell’utente, all’essenzialità e onerosità delle singole categorie di prestazioni, e alle determinanti specifiche di utilizzo delle prestazioni sanitarie (età, cronicità della patologia, frequenza delle prestazioni richieste, e altre).

Nelle concrete esperienze osservate, tali spiegazioni si intrecciano ed assumono contorni meno definiti che nelle loro formulazioni generali. Si può affermare che generalmente i provvedimenti di introduzione (o aumento) dei “*tickets*” sono determinati da condizioni dei bilanci pubblici (dello Stato o degli enti delle assicurazioni obbligatorie) che impongono, nelle valutazioni delle Autorità competenti, il razionamento dell’offerta di talune prestazioni sanitarie rispetto alle domande. L’opportunità dei “*tickets*” si misura perciò anche nel confronto con le forme alternative del razionamento, sia quelle esplicite (restrizione dell’insieme delle prestazioni offerte — “*delisting*” — dal servizio sanitario pubblico o dagli enti previdenziali, e/o abbassamento esplicito della qualità di talune prestazioni), sia quelle implicite (abbassamento non dichiarato dei livelli qualitativi, e/o ritardi nell’esecuzione delle prestazioni, attraverso le “liste di attesa”).

Ma, diviene allora metodologicamente corretto allargare il confronto delle priorità assegnate, nei bilanci pubblici, all’offerta delle prestazioni sanitarie con quelle degli impieghi alternativi delle risorse. A monte della scelta degli strumenti del razionamento delle prestazioni sanitarie, vi sono le scelte che quantificano il

razionamento della spesa sanitaria, rispetto agli usi alternativi delle risorse. Il modello del servizio sanitario pubblico ha tra i suoi principi costitutivi quello della corrispondenza delle prestazioni offerte, a carico del bilancio pubblico, con i “bisogni” (o almeno con quelli “essenziali”, come é esplicitato nella vigente legislazione italiana)⁹. L’applicazione integrale di tale principio toglierebbe significato a ogni ipotesi di razionamento delle prestazioni sanitarie (lasciando spazio solo a interventi per disincentivare o limitare gli abusi e le forme di azzardo morale nelle richieste delle prestazioni, in presenza delle asimmetrie informative). Peraltro, si deve prendere atto che le esperienze osservate, nei Paesi a “modello *Beveridge*” come a “modello *Bismark*”, e nei programmi sanitari pubblici introdotti negli U.S., mostrano negli anni recenti un crescente confronto delle politiche sanitarie con le decisioni di razionamento delle risorse attribuite alla sanità. In tali contesti hanno acquisito spazio e peso le forme di co-pagamento delle prestazioni a carico degli utenti.

2. L’impiego dei co-pagamenti nelle politiche sanitarie

Nella seconda metà del ‘900 la spesa sanitaria complessiva, e al suo interno la componente pubblica, hanno mostrato nei Paesi OECD elevati tassi di crescita¹⁰, sospinti sia dalle aspirazioni e dalle politiche per l’universalità dell’accesso ai servizi alla salute, sia dalla significativa elasticità al reddito della domanda di tali servizi, sia dall’innovazione tecnologica, sia dall’invecchiamento della popolazione¹¹. A partire dagli anni ‘80, però, è mutato anche l’atteggiamento, presso economisti, elettorati e *policy-makers*, verso la politica fiscale e verso il suo impiego a finalità redistributive.

⁹ Cfr. per tutti OLIVER (2005), con riferimento specifico al modello del servizio sanitario pubblico adottato in Inghilterra (la patria del “modello *Beveridge*”). Nella letteratura italiana cfr., tra altri, la difesa di questo e degli altri principi del modello pubblico in STORNAIUOLO (2005).

¹⁰ Cfr. la rassegna statistica e i commenti dell’andamento della spesa sanitaria, complessiva e pubblica, in OECD (2004 a, b).

¹¹ A tali fattori di crescita tendenziale della spesa sanitaria, evidenziata dall’OECD (cit.) per la generalità dei Paesi industrializzati, è da aggiungere l’effetto “*Baumol*”, ovvero la crescita del costo monetario del lavoro nel settore dei servizi sociali che eccede la crescita della sua produttività, essendo trascinato (per l’azione sindacale) dalla dinamica dei settori ad elevata produttività. Cfr. BAUMOL (1967).

Hanno assunto peso, nel dibattito e nelle scelte politiche, le preoccupazioni verso gli effetti disincentivanti della crescita causati dalla pressione tributaria e dalle prestazioni pubbliche redistributive¹². Inoltre, l'internazionalizzazione delle economie e la grande mobilità tra Paesi assunta dal capitale hanno dato vigore alla tesi che l'incidenza di ogni forma del prelievo (tributi e contribuzioni sociali) sia infine a carico, sostanzialmente, dei fattori non mobili, principalmente il lavoro. Si è perciò sostenuto che l'obiettivo della crescita economica richiede limitazioni alle dimensioni del bilancio pubblico, quindi alla crescita della spesa pubblica; si è quindi chiesto alle politiche fiscali di limitare la crescita prioritariamente delle spese sociali, che sono risultate la componente più dinamica della spesa complessiva. Spesa pensionistica e spesa sanitaria sono state indicate, per il loro peso quantitativo e la loro rapida crescita tendenziale, obiettivi prioritari delle politiche di contenimento della dinamica della spesa pubblica.

Tali preoccupazioni per il controllo della dinamica della spesa sanitaria pubblica (o di quella a carico degli enti delle assicurazioni obbligatorie di malattia), insieme alle preoccupazioni verso gli effetti di disincentivo degli aumenti del prelievo fiscale o parafiscale (e di resistenza degli elettorati ad essi), hanno dato supporto alle scelte di razionamento delle prestazioni sanitarie¹³.

¹² Cfr. la penetrante analisi di LINDBECK (2005).

¹³ Il citato studio dell'OECD (OECD 2004 b) osserva: "Gli sforzi dei governi di rallentare la crescita della spesa sulle due o tre decadi passate si sono affidati a tre insiemi di politiche: la regolamentazione dei prezzi e dei volumi delle prestazioni sanitarie e dei loro *inputs*; tetti alla spesa sanitaria, generali o per settori; e trasferimenti dei costi a carico del settore privato attraverso aumenti dei co-pagamenti" (p. 44); cfr. anche MOSSIALOS, LE GRAND (1999). Invero, alcuni Paesi hanno tentato anche la strada dell'infusione della concorrenza nel sistema sanitario (i "mercati interni"), anzitutto suscitando il conflitto di interessi tra "*purchasers*" e "*providers*" (i cui ruoli si è cercato di separare anche nei sistemi a servizio pubblico) e ponendo in concorrenza tra loro i "*providers*". Tale strategia pro-concorrenziale è stata valutata potenzialmente opportuna ma difficile, dal citato Rapporto dell'OECD (2004 b, cap. 1 e 2004 a, cap. 5). In effetti, i risultati non sono stati, fino ad oggi, corrispondenti alle attese della maggiore efficienza attribuibile, in linea di principio, allo schema concorrenziale. Le ragioni di fondo di tali insoddisfacenti risultati della costituzione di "mercati interni" (o "quasi mercati") sono state indicate nel prevalere, politico-istituzionale, della logica burocratico-dirigistica che avrebbe, nei fatti, soffocato i tentativi concorrenziali: cfr., tra la bibliografia recente, le valutazioni di OLIVER (2005, p. S987) per il sistema inglese a servizio sanitario pubblico, e di ANELL (2005, p. S251) per quello svedese; cfr. inoltre GRAF VON DER SCHULENBURG (2005, p. 187) per il sistema tedesco: questo autore conclude che "combinare la concorrenza e il razionamento con il principio della solidarietà è ancora

L'atteggiamento politico prevalente presso i Governi é stato di mantenere sostanzialmente i precedenti impegni ad offrire - direttamente o attraverso le assicurazioni obbligatorie — l'insieme delle prestazioni considerate essenziali alla tutela della salute, evitando decisioni rilevanti e appariscenti (che avrebbero suscitato forti polemiche politico-sociali) di “*delisting*”. L'imposizione di “tetti” alla spesa (globale o settoriale) e di vincoli di quantità e di prezzo all'utilizzo di *inputs* alla sanità (sia alle assunzioni e alle retribuzioni del personale, sia ai ricoveri ospedalieri, sia alle acquisizioni di strumenti e farmaci) quando non hanno elevato l'efficienza, colpendo sprechi e rendite, hanno abbassato la qualità delle prestazioni, spesso creando disequaglianze dell'offerta a livello territoriale¹⁴.

Hanno assunto evidenza, anche perché più facilmente documentabili rispetto ai casi del degrado qualitativo, i razionamenti impliciti espressi dall'allungamento dei tempi di attesa¹⁵.

Sotto tale profilo, si può osservare che il ricorso crescente, negli ultimi decenni, al razionamento esplicito attraverso i co-pagamenti ha rappresentato — nei confronti dei razionamenti impliciti — un atteggiamento di più corretta assunzione di responsabilità da parte delle Autorità di governo della politica sanitaria, perché esse, nel decidere nuovi o maggiori co-pagamenti hanno reso pubbliche (e non implicate) tali loro decisioni sottoponendole ai giudizi degli utenti e della generalità degli elettori¹⁶.

Ha rilevato l'OECD¹⁷ che l'aumento del ricorso ai co-pagamenti é stato un aspetto comune delle politiche sanitarie dei Paesi dell'OECD negli anni '80, '90 e inizi 2000, pur nelle differenze, tra Paesi, di misure e di singole prestazioni colpite¹⁸.

una sfida irrisolta per i politici tedeschi, perché la concorrenza richiede e conduce alla disuguaglianza, mentre la solidarietà richiede uguale accesso ai servizi medici per chiunque”.

¹⁴ Cfr. OECD (2004 a, cap. 1 e 4; 2004 b, cap. 1, spec. pp. 70 e ss.) e la bibliografia ivi citata.

¹⁵ Cfr. OECD (2004 a, cap. 3).

¹⁶ E' significativo il fatto che in Germania nel 2005, contrariamente a previsioni fondate su usuali schemi di “*political economy*”, il governo di sinistra (che escludeva partiti di centro) ha introdotto “la prima riforma che ha significativamente e simultaneamente aumentato i tickets e ridotto le esenzioni”, WÖRZ, BUSSE (2004, p. S144).

¹⁷ OECD (2004 b, p. 54).

¹⁸ Cfr. le tabelle riportate in OECD (2004 b), pp. 27-29, sul “*cost-sharing*” negli schemi pubblici relativi alla copertura sanitaria di base, nei Paesi membri, nei primi anni 2000 (fino al 2004 in taluni

Tuttavia, settorialmente si rileva la tendenza della maggior parte dei Paesi a concentrare i “ticket” sui prodotti farmaceutici, mentre meno diffuso è stato il ricorso ai co-pagamenti per le prestazioni ospedaliere e per le visite mediche¹⁹. Queste scelte possono essere spiegate sia dal fatto che si sono stimate elasticità della domanda al prezzo più alte per i medicinali che per le prestazioni mediche, e soprattutto specialistiche e ospedaliere; sia dal fatto che si tende a ritenere che nel campo dei farmaci siano più diffusi i fenomeni di sovra consumo e di abuso di vantaggi nelle informazioni asimmetriche, e che sia più facile, rispetto alle prestazioni mediche e ospedaliere, isolare gruppi di medicinali essenziali da altri “*life style*” o non strettamente necessari alla guarigione (“*comfort*”).

A tali provvedimenti di introduzione o aumento dei “*tickets*” — in somma fissa o graduati in relazione al costo del prodotto²⁰ - sono stati aggiunti provvedimenti di esclusione di taluni farmaci dalla copertura pubblica o da quella dell’assicurazione obbligatoria²¹. Peraltro, per il timore che il razionamento delle prestazioni, deciso dalle Autorità sostanzialmente in base alla considerazione dei vincoli di bilancio, interferisse pericolosamente per la salute nelle decisioni di chi ha la competenza tecnica a prescrivere i farmaci, si sono introdotti in molti Paesi sistemi di prezzi di riferimento a farmaci della medesima molecola di quelli aventi il brevetto originario e prodotti da azienda più conosciuta, e che perciò possono mantenere un prezzo di mercato più alto dei sostituti ad uguale molecola²². La gratuità o il rimborso del farmaco avente prezzo più elevato è limitata al prezzo fissato per il farmaco sostitutivo di riferimento. Tuttavia, è opinione diffusa tra i medici che l’uguaglianza delle molecole non è sempre condizione sufficiente ad assicurare uguaglianza di

Paesi); e cfr. DOCTEUR, OXLEY (2003). Aumenti importanti dei co-pagamenti sono stati decisi negli anni '80 e '90 in un gran numero di Paesi.

¹⁹ OECD (2004 b, p. 54 e tabelle di riferimento).

²⁰ I co-pagamenti richiesti per la prestazione dei medicinali sono proporzionali al prezzo in molti Paesi; ma in altri (tra cui Germania e Regno Unito) utilizzano il prezzo fisso per ricetta, ed altri ancora hanno utilizzato entrambi i metodi. Cfr. le tabelle riassuntive e i commenti in OECD (2004 b, cap. 1).

²¹ La maggior parte dei Paesi ha, inoltre, attivato sistemi di controllo e indirizzo (“*guidelines*”) dei comportamenti dei medici che effettuano le prescrizioni, anche assegnando bilanci vincolati: cfr. i riferimenti in OECD (2004 b, cap. 1). Sul tema cfr. inoltre le osservazioni di TILSON, MCGOWAN, BENNETT, BARRY (2004) e la bibliografia ivi citata.

²² Cfr. tra altri SCHERER (2000); e OECD (2004 b, cap. 3).

effetto terapeutico tra i farmaci specifici e quelli di riferimento, altre componenti produttive potendo essere significative.

Altro settore delle prestazioni che è stato in alcuni Paesi oggetto di provvedimenti di co-pagamento da parte degli utenti è quello delle analisi ambulatoriali, per le quali si è stimata una elasticità significativa della domanda al prezzo²³. Sulla opportunità di tali provvedimenti sono state espresse perplessità, perché inevitabilmente esse non solo limitano (positivamente) le decisioni degli utenti di accedere a prestazioni non obiettivamente necessarie, e la propensione dei medici a largheggiare in tali prescrizioni (per soddisfare il paziente, per “solidarietà” di categoria verso i fornitori di tali prestazioni), ma incidono anche (negativamente) sugli accessi a prestazioni che obiettivamente sarebbero necessarie alla tempestiva cura della salute. Al momento di prendere i provvedimenti, è assai difficile valutare i costi delle mancate diagnosi precoci, ovvero i costi delle successive più costose prestazioni (quando la patologia si conclama) o dei successivi meno soddisfacenti esiti delle cure.

Le stime effettuate mostrerebbero un più debole effetto dei co-pagamenti sull'utilizzo delle cure ospedaliere ed altre prestazioni ad elevata specializzazione: le prescrizioni di tali ricoveri e cure sarebbero considerate dai pazienti necessarie e urgenti per evitare pericoli assai gravi per la propria salute; mentre minore attenzione potrebbe essere, da alcuni, prestata alla necessità ed urgenza dell'assumere farmaci o dell'effettuare analisi soprattutto a scopo preventivo. A loro volta, le Autorità sarebbero più riluttanti a costituire “barriere finanziarie” agli accessi a prestazioni specialistiche e/o ricoveri ospedalieri che più palesemente potrebbero risultare essenziali ad evitare danni gravi alla salute.

E' stato stimato che, anche quando l'elasticità della domanda risulta avere valori bassi, l'impatto dell'elasticità sulla domanda, calcolato come prodotto dell'elasticità per la variazione percentuale del co-pagamento, può essere ampio, come quando il livello del co-pagamento, prima del suo aumento, è vicino allo zero²⁴.

²³ Cfr. SIU et alii (1986), MANNING et alii (1987); DOCTEUR, OXLEY (2003); OECD (2004 a, pp. 98 e ss.; 2004 b, cap. 3).

²⁴ Cfr. MANNING et alii (1987); OECD (2004 b, p. 54); DOCTEUR, OXLEY (2003).

In particolare, oltre al settore delle prestazioni farmaceutiche e diagnostico-specialistiche, notiamo che più della metà dei Paesi OECD applicano la compartecipazione ai costi sulle prestazioni in regime di ricovero ospedaliero; e che circa i due terzi richiedono co-pagamenti sulle prestazioni dei medici di base. Guardando ai sistemi sanitari dei Paesi dell'UE, le politiche seguite in tale settore appaiono fortemente differenziate. Mentre nel Regno Unito l'uso dei "tickets" è limitato alle sole prestazioni farmaceutiche, la Germania applica una tariffa fissa sulle prestazioni dei medici di base e sulle prestazioni specialistiche e diagnostiche, ed una fissa per ogni giorno trascorso in ricovero ospedaliero con un tetto massimo di spesa per il paziente; la Francia applica una compartecipazione del 30% del costo delle prestazioni dei medici di base, e di quelle specialistiche e diagnostiche, e uno schema di co-partecipazione mista (tariffa fissa e percentuale) sulle prestazioni in regime di ricovero ospedaliero, con l'intervento del sussidio pubblico in favore dei titolari di redditi bassi a parziale copertura dei costi dell'assicurazione verso tali co-pagamenti. In Spagna (come in Italia) il metodo dei co-pagamenti è concentrato sui farmaci, in Italia è applicato significativamente anche alla fase della diagnostica (analisi, accertamenti e simili)²⁵.

Nel complesso, poiché l'obiettivo dello strumento del co-pagamento è di ridurre la crescita della spesa sanitaria pubblica, o finanziata dai prelievi dell'assicurazione sociale obbligatoria²⁶, risulta che gli aumenti dei co-pagamenti

²⁵ In Italia si è osservato nella seconda metà degli anni '90 un aumento significativo della spesa pubblica per farmaci (dallo 0,6% del PIL nel 1995, all'1% nel 2001) che è stato posto in relazione all'abolizione dei "tickets" sui farmaci in quel periodo. Successivamente, per contenere tali effetti dell'abolizione dei "tickets" sulla dinamica della spesa si sono adottati interventi di natura diversa: l'adozione del prezzo di riferimento, per il rimborso del farmaco, a quello con prezzo più basso a parità di principio attivo (molecola); la riduzione amministrativa del prezzo di taluni farmaci a carico del servizio sanitario nazionale; l'esclusione di alcuni dalla fascia dei farmaci gratuiti; la limitazione del numero dei farmaci prescrivibili per ogni ricetta; l'estensione della distribuzione diretta dei farmaci attraverso strutture ospedaliere. Però, la pressione all'aumento della spesa farmaceutica ha condotto anche alla reintroduzione dei "tickets" per iniziativa delle Regioni. In Italia, uno dei motivi di critica ai controlli esercitati sulla spesa farmaceutica è che essi non hanno coinvolto le dimensioni delle confezioni, spesso eccessive e quindi occasione di sprechi.

²⁶ Ai prelievi dell'assicurazione malattia obbligatoria (contribuzioni sociali) si attribuiscono gli effetti negativi, sull'efficienza e sull'equità, dipendenti dal "cuneo" che essi rappresentano tra il costo del lavoro per le imprese e la retribuzione netta percepita dal lavoratore. Accanto agli effetti disincentivi e redistributivi (presumibilmente regressivi) di carattere generale, vi sono effetti

devono essere relativamente ampi per poter produrre effetti significativi sulla domanda delle prestazioni o per diminuire significativamente la spesa pubblica attraverso corrispondente trasferimento dei costi a carico dei bilanci dei privati utenti. Le riduzioni sostanziali delle domande di prestazioni assoggettate ai “*tickets*”, o i trasferimenti di parte significativa dei costi a carico dei pazienti, in quanto conseguibili attraverso aumenti relativamente ampi dei co-pagamenti, per questo suscitano preoccupazioni riguardanti la contraddizione a obiettivi basilari, l’accesso universale alle prestazioni essenziali e l’uguaglianza delle prestazioni per uguali bisogni. E suscitano (se la domanda è rigida) preoccupazioni riguardanti la violazione di principi equitativi posta in essere dal trasferimento dei costi da cittadini più ricchi (contribuenti) ad altri più poveri, e dai sani ai malati.

Tali preoccupazioni si ritrovano nelle politiche sanitarie dei Paesi che hanno introdotto significativi co-pagamenti per talune prestazioni, ma hanno anche previsto esenzioni ed agevolazioni in favore dei gruppi supposti più vulnerabili in relazione agli accessi ai servizi sanitari assoggettati a “*tickets*”. Esenzioni o riduzioni dei “*tickets*” sono state previste sia in relazione al reddito (in favore dei poveri) sia in relazione al rischio della richiesta di prestazioni, che si presume sia più elevato presso gli anziani e gli affetti da patologie croniche. Si sono generalmente escluse dai “*tickets*” le prestazioni specialistiche essenziali per date patologie e di elevato costo; nel campo dei medicinali, oltre alle esclusioni dai “*tickets*” di molti di quelli considerati essenziali, si sono adottati i prezzi di riferimento (di cui sopra). La strumentazione é stata, in alcuni Paesi, elaborata: ne sono esempi la soluzione svedese di imporre dei tetti alla spesa annuale per co-pagamenti a carico di individui o famiglie, così da evitare che eventi sfortunati incidano pesantemente sui bilanci di chi ne é colpito; e la soluzione francese che, avendo previsto l’assicurazione complementare per gli aumenti dei co-pagamenti, ha introdotto (2000) la copertura pubblica di tali costi assicurativi in favore dei bassi redditi²⁷.

negativi specifici sulla contrattazione retributiva e sulla propensione al lavoro non contrattualmente dichiarato.

²⁷ Cfr. OECD (2004 a, cap. 1).

Alla funzionalità, rispetto agli obiettivi equitativi, delle esenzioni e agevolazioni collegate al reddito solitamente si muovono le note obiezioni sia verso la capacità di accertamento (fiscale) dei redditi di significative fasce di lavoro autonomo e irregolare, sia verso la significatività del reddito come indicatore (esclusivo) delle situazioni di bisogno economico che meritano la tutela a carico della collettività. Preoccupazioni specifiche sono state sollevate verso la diffusione e la rilevanza dei fenomeni di “azzardo morale” per ottenere i benefici delle spese sociali²⁸, tra le quali le prestazioni sanitarie.

Tuttavia, il ricorso a significativi co-pagamenti delle prestazioni sanitarie, ancorché concentrati sull’offerta dei farmaci, di analisi e di prestazioni mediche non specialistiche, necessariamente richiede misure di protezione delle fasce più esposte, per reddito o per elevato e frequente rischio di malattia, se si intendono mantenere i principi dell’universalità degli accessi alle prestazioni essenziali e dei pari trattamenti per pari bisogni (sono principi basilari del modello sanitario pubblico e oramai anche di quelli dell’assicurazione sociale obbligatoria). D’altra parte, i sistemi più razionali ed elaborati di protezione delle fasce deboli dagli effetti negativi dei co-pagamenti (esenzioni multiple, agevolazioni graduate, tetti familiari alla spesa annuale per co-pagamenti, ecc.) hanno costi amministrativi non indifferenti. E poiché variazioni rilevanti dei co-pagamenti risultano necessarie per conseguire risparmi significativi di spesa pubblica — dai quali dedurre i costi amministrativi — le esenzioni e agevolazioni alle fasce sociali più vulnerabili (per reddito e per rischio di dovere utilizzare quelle prestazioni) possono incrinare la “solidarietà” (politico-elettorale) delle fasce di redditi medio-basse che non beneficiano delle esenzioni ed agevolazioni²⁹.

Pertanto, la letteratura prevalente, scientifica e di organismi internazionali, resta orientata a sostanziale diffidenza verso lo strumento dei co-pagamenti delle

²⁸ Cfr. la brillante analisi di LINDBECK (2005).

²⁹ Si può notare che molte delle analisi di “*political economy*” effettuate negli anni trascorsi non hanno potuto prevedere il tendenziale impoverimento (e le attese di impoverimento) di ampie fasce della “classe media” che, in molti Paesi industrializzati (in particolare nei Paesi dell’UE), si sentono sospinti dalla perdurante inflazione e dall’instabilità finanziaria verso situazioni di neo-povertà sociologica.

prestazioni sanitarie³⁰. Il co-pagamento é considerato, nei fatti, una espressione della incapacità dei responsabili delle politiche dei bilanci pubblici e di quelle sanitarie di utilizzare efficacemente strumenti alternativi di finanziamento (imposizione tributaria o contributiva) e inoltre di elevare l'efficienza della spesa per le prestazioni; e, soprattutto, dell'incapacità di stabilire ed attuare scale di priorità esplicite e coerenti nella ripartizione delle risorse tra gli impieghi pubblici, nelle quali assegnare agli impieghi sanitari priorità coerente con i principi posti alla base del modello sanitario adottato³¹.

3. Un ruolo positivo per i “tickets” ?

A fronte di una prevalente valutazione negativa, per i motivi sopra indicati, nei confronti dell'impiego di provvedimenti di co-pagamento degli utenti per le prestazioni sanitarie incluse tra quelle offerte dal servizio sanitario pubblico o dagli

³⁰ E' significativa la valutazione espressa dal citato rapporto dell'OECD (2004 a, p. 15): “Le richieste di co-pagamenti per gli utilizzatori dei servizi sanitari possono ridurre l'onere dei sistemi a finanziamento pubblico. Ma rilevanti risparmi dall'utilizzo di tariffe di uso non sono probabili, particolarmente perché le fasce vulnerabili delle popolazioni devono essere esentate onde evitare restrizioni all'accesso che potrebbero risultare costose nel lungo periodo. Queste esenzioni impongono costi amministrativi. Oltre a questo, è probabile che alcuni consumatori “rinuncino a prestazioni preventive e a trattamenti appropriati, salvo che non siano loro dati incentivi a comportamenti diversi. L'assicurazione privata complementare può aiutare ad assicurare l'accesso alle cure quando le richieste dei co-pagamenti sono rilevanti. Ma può spingere verso l'alto, contemporaneamente, la domanda di consumo e i costi complessivi”.

³¹ Ricordo che le valutazioni conclusive del citato Rapporto dell'OECD (2004, a e b) riconoscono che un uso moderato e mirato dei “tickets” potrebbe scoraggiare fenomeni di abuso e sovraconsumo di talune prestazioni sanitarie. Tuttavia esse sottolineano le difficoltà a separare, nel concreto, i casi del “sovraconsumo” da quelli del consumo necessario (comunque prescritto dai medici) di una data prestazione sanitaria; sicché i co-pagamenti inevitabilmente colpirebbero anche gli accessi a prestazioni essenziali alla salute (nelle fasi curative e in quelle della prevenzione e della diagnostica tempestiva). In ogni caso il citato Rapporto OECD raccomanda esenzioni e agevolazioni alle fasce più vulnerabili, per reddito o condizioni e rischi della salute, in modo da ridurre i pericoli che i co-pagamenti formino una “barriera finanziaria” agli accessi alla tutela della salute per tali gruppi di cittadini. Ma anche a tale riguardo l'OECD avverte che, se si intende che i co-pagamenti abbiano impatto significativo sulla spesa sanitaria, è necessario fissare a livelli significativi la compartecipazione degli utenti a tale spesa, limitando l'ammontare complessivo delle esenzioni e agevolazioni, e quindi accrescendo i pericoli di violare i principi equitativi dell'accesso universale alle tutele e dell'uguaglianza di trattamento per uguali bisogni. L'impiego di forme elaborate di co-pagamenti, per cercare di superare tali limitazioni, richiedono costi amministrativi significativi che vanno a ridurre i risparmi di spesa dovuti direttamente ai “tickets”.

enti dell'assicurazione obbligatoria, vi sono però autori che hanno indicato prospettive di un ruolo positivo per l'utilizzo dei "tickets" nelle politiche sanitarie.

Il riferimento non è a una pretesa superiorità teorica dei "tickets" rispetto ad altri strumenti di controllo e di governo delle spese sanitarie; pur riconoscendo ai "tickets" una (limitata) funzione di responsabilizzare gli utenti verso il servizio, che si svolge tipicamente in condizioni di asimmetria informativa. Il riferimento è anzitutto alle condizioni economiche in cui si decidono e operano le politiche sanitarie in molti Paesi industrializzati e in particolare dell'UE, nell'attuale periodo storico.

Sintetizzando, gli anni 2000 si caratterizzano per un rallentamento della crescita del Pil dei Paesi di consolidata industrializzazione perché, nella globalizzazione economica, l'affermarsi dei Paesi emergenti (ormai emersi) da un lato acuisce i problemi di competitività dei Paesi (finora) più avanzati, dall'altro lato accresce la pressione della domanda mondiale sulle materie primarie scarse non riproducibili "a mezzo merci". Continuano, invece, ad operare i fattori di crescita tendenziale della spesa sanitaria³², che pertanto accrescono i problemi di compatibilità di tale crescita degli impieghi delle risorse nel settore della sanità con il più lento sviluppo della produzione nazionale netta (la spesa sanitaria tendenziale cresce più rapidamente del Pil e perciò giustifica interventi di razionamento delle prestazioni). D'altra parte, la strada della copertura delle maggiori spese sanitarie con l'aumento delle aliquote delle imposte generali (o delle contribuzioni sociali) appare sempre più difficile, poiché la grande mobilità internazionale del capitale finanziario e di impresa nel nuovo scenario della globalizzazione tende a concentrare l'incidenza della tassazione sulle materie imponibili meno mobili (sostanzialmente i redditi di

³² Riassumendo sono individuati i seguenti fattori di crescita: l'elasticità della domanda di servizi sanitari al reddito e le politiche pubbliche di sensibilizzazione alla cura della salute; i costi crescenti della ricerca e dell'innovazione tecnologica del settore; l'effetto "Baumol" che spinge alla crescita dei costi del lavoro sopra quella della produttività, in un settore che è ad alta intensità di lavoro; l'azione dei cartelli oligopolistici dal lato della produzione dei farmaci e di altri strumenti sanitari; l'importanza nel settore delle asimmetrie informative, che rendono possibile l'azzardo morale e comunque possono distorcere gli incentivi all'efficienza; l'invecchiamento della popolazione, che accresce anche i costi del "long-term care".

lavoro e i consumi interni)³³. I sistemi tributari diventano perciò più regressivi, e chi ne subisce prevalentemente l'incidenza mostra crescente resistenza (politico-elettorale) a ulteriori aumenti della pressione fiscale generale.

E' questo il quadro, economico e di finanza pubblica degli anni 2000, nel quale il razionamento delle prestazioni sanitarie, rispetto alle potenziali domande, appare a molti autori (e *policy makers*) necessario³⁴. Ho precedentemente ricordato che il razionamento esplicito attraverso la restrizione del ventaglio delle prestazioni offerte dai servizi sanitari pubblici (o finanziate dagli enti delle assicurazioni obbligatorie) può suscitare reazioni politico-ideologiche temute da molte parti politiche, che non vogliono che tali restrizioni siano interpretate come abbandono dei principi dell'universalità degli accessi e dell'uguaglianza dei trattamenti verso bisogni della salute prima definiti essenziali. Si preferisce, quindi, utilizzare i razionamenti impliciti attraverso l'allungamento dei tempi di attesa e/o l'abbassamento dei livelli qualitativi delle prestazioni, oppure l'utilizzo dei co-pagamenti.

In effetti, nel confronto con l'esclusione di una data prestazione sanitaria dalla lista di quelle offerte dal servizio sanitario (o dalle assicurazioni obbligatorie), l'assoggettarla ad una compartecipazione dell'utente al pagamento del costo non significa (a differenza dell'esclusione) disconoscere il carattere di "*merit good*" che le era stato precedentemente riconosciuto. La responsabilità dell'offerta della prestazione rimane all'ente pubblico, e il prezzo di offerta è diverso (si deve presumere più basso) di quello che sarebbe stato richiesto nel mercato libero. Rispetto alla precedente gratuità del servizio al punto di utilizzo vi è uno spostamento di una parte dell'onere del finanziamento dalla generalità dei contribuenti (o degli obbligatoriamente assicurati) agli utilizzatori del servizio. Se si accetta la valutazione che gli attuali sistemi tributari sono regressivi (incidono sostanzialmente sul reddito di lavoro e sui consumi) si attenua la presunzione di maggiore regressività dei

³³ Cfr. con specifico riferimento ai nuovi vincoli alle politiche fiscali MURARO (2003), pp. 853-6; sull'incidenza nell'internazionalizzazione delle economie cfr. GORDON (1992); MINTZ (1995); SÖRENSEN (1994; 1995) e i miei commenti in TACCONI (2005).

³⁴ Cfr. LINDBECK (2005), che ha evidenziato in modo sintetico ma esaustivo i fattori che attualmente limitano la sostenibilità della crescita delle spese sociali, di cui quella sanitaria è una componente.

“*tickets*”, soprattutto se si adottano esenzioni e agevolazioni quali osservate nelle esperienze recenti.

Le precedenti considerazioni conducono ad evidenziare che, nelle condizioni in cui operano le odierne politiche sanitarie in molti dei Paesi europei e industrializzati, la valutazione dell’opportunità dei co-pagamenti si trae principalmente dal confronto con gli strumenti del razioneamento implicito.

Afferma a tale riguardo Muraro: “Se è indubbia la regressività, è anche indubbio che il rifiuto del *ticket* solo in base a questa constatazione è errato, poiché ignora che il meccanismo del *ticket* va a sostituire parzialmente alcuni altri meccanismi nascosti di razioneamento, come i tempi di attesa e il deterioramento qualitativo, e per questa via riduce il ricorso alla medicina privata”³⁵. Aggiunge l’Autore che, un ricorso moderato al razioneamento mediante i “*tickets*”, che consenta una riduzione dei tempi di attesa, anche sotto il profilo del costo-opportunità del tempo modificherebbe la distribuzione del benessere in misura non (o non interamente) collegata ai livelli di reddito³⁶.

D’altra parte, se valutato in alternativa alla diminuzione della qualità delle prestazioni, il razioneamento con i prezzi di uso andrebbe a vantaggio del gruppo sociale avente redditi medio-bassi, poiché i suoi componenti hanno minori possibilità di soddisfare i loro bisogni ricorrendo, anche in via integrativa, all’assicurazione privata. Un ulteriore argomento a favore dei “*tickets*”, nei confronti degli altri metodi di razioneamento, è che la loro adozione può permettere di ampliare la gamma dei servizi offerti dal servizio pubblico, o dalle assicurazioni obbligatorie, in quanto una parte dei costi dei nuovi servizi è sopportata dai privati utenti. Le Autorità competenti, premute dai vincoli degli equilibri finanziari, potrebbero ritenere troppo costoso l’allargamento delle prestazioni offerte (per recepire le domande dai nuovi bisogni sanitari, le nuove tecnologie e i nuovi approcci alla tutela della salute) che fosse totalmente a carico dei loro bilanci (anche politicamente, l’accollo alla collettività, o agli assicurati per obbligo, di una parte soltanto dei costi delle nuove

³⁵ Cfr. MURARO (2003), p. 375.

³⁶ Cfr. MURARO (2003), cit.

prestazioni chiamando gli utenti-beneficiari a pagarne l'altra parte, può risultare soluzione meglio praticabile).

Il ricorso ai co-pagamenti può essere, quindi, un veicolo importante di ampliamento delle prestazioni sanitarie pubbliche, verso l'adozione sia di prestazioni la cui domanda è cresciuta e si è diffusa, al crescere del reddito e al diffondersi della cultura della salute, sia di prestazioni rispondenti alle innovazioni scientifiche e tecnologiche, così evitando che le nuove prestazioni siano rese disponibili soltanto ai redditeri che possono pagare tali prestazioni privatamente (con l'assicurazione privata o "*out of pocket*")³⁷.

Per tali aspetti, dunque, contrariamente all'opinione prevalente, i "*tickets*" possono assolvere al ruolo di protezione ed espansione del servizio sanitario pubblico (o dell'assicurazione sociale) nei confronti dell'alternativo ricorso alla sanità privata, che è invece legato positivamente ai livelli di reddito individuale e alle generali condizioni socio-economiche ed ambientali che condizionano le domande degli individui³⁸. Rimane, certamente, l'esigenza che i co-pagamenti non costituiscano una "barriera finanziaria" agli accessi dei gruppi a basso reddito e di quelli che, per età, tipologia patologica, o per l'assommarsi di eventi sfortunati nel periodo di riferimento dovrebbe sostenere co-pagamenti rilevanti rispetto ai loro bilanci familiari. Le risposte a tali preoccupazioni già si trovano nelle esperienze sopra citate di Paesi che hanno adottato metodi di co-pagamenti multipli tali che, nella sostanza, rimanga alla responsabilità pubblica la copertura del rischio che l'insieme di eventi negativi nel periodo di riferimento comporti per l'utente delle prestazioni sanitarie oneri superiori a determinati rapporti con il reddito disponibile.

L'adesione al principio dell'universalità degli accessi alle prestazioni essenziali richiede, inoltre, che i co-pagamenti non siano concentrati – come è avvenuto in

³⁷ Si può osservare che in Italia, ed anche in Spagna tra i Paesi dell'UE, un dato tipico è che oltre l'80% della spesa sanitaria privata avviene in veste di pagamenti diretti ("*out of pocket*") da parte dei cittadini, contro percentuali del 40%-50% in Germania, Francia e altri Paesi UE; di converso, la percentuale di tale spesa coperta dalle assicurazioni private è di circa il 4% in Italia, contro valori multipli in molti altri Paesi dell'UE. L'Italia si distingue anche per l'elevata (relativamente ad altri Paesi) copertura del residuo di spesa attraverso l'opera di associazioni volontaristiche, religiose e laiche.

³⁸ Cfr., tra tanti, gli studi di VAN DOORSLAER, MASSERIA, ET ALII (2004).

talune esperienze – sulle prestazioni della medicina preventiva (prevenzione, analisi e diagnostica precoce) rispetto a quelle della medicina curativa. La prevenzione e la diagnostica tempestiva sono altrettanto “essenziali” delle terapie che, se attuate in ritardo o su patologie che si sarebbero potute almeno in parte prevenire, risultano infine più costose e meno efficaci.

Bibliografia

- ANELL, A. (2005), *Swedish healthcare under pressure*, in *Health Economics*, vol. 14, pp. S237-254.
- BAUMOL, W. Y. (1967), *Macroeconomics of unbalanced growth: the anatomy of urban crisis*, in *American Economic Review*, n. 57, pp. 415-426.
- BUSSE, R., WÖRZ, M., (2004), *The ambiguous experience with privatisation in German health care*, in *Privatisation in European Health Care. A Comparative Analysis in Eight Countries*, Maarsen H (ed.) Elsevier gezondheidszorg: Maarsen, pp. 79-95.
- COMPAGNONI, V. (2005), *Modelli di concorrenza e riforme sanitarie*, in *Economia Pubblica*, fascicolo 5.
- CULYER, A.G. - WAGSTAFF, A (1993), *Equity and Equality in Health and Health Care*, in *Journal of Health Economics*, vol. 12, pp. 431-457.
- CULYER, AG. (1993), *Health, Health Expenditures and Equity*, in Van Doorslaer, E., Wagstaff, A., Rutten, F., (eds.), *Equity in the Finances and Delivery of Health Care: An International Perspective*, New York.
- DIXON, A., LE GRAND, J., HENDERSON, J., MURRAY R., POTELIAKHOFF E. (2004), *Is the NHS Equitable? A review of the evidence*, LSE Health and Social Care Discussion Paper Number 11, London School of Economics, London.
- DOCTEUR, E., OXLEY, H. (2003), *Health Care Systems: Lessons from the Reform Experience*, OECD Economics Department, Working Papers, n. 374.
- FELDSTEIN, M. (2005), *Rethinking Social Insurance*, in *American Economic Review*, vol. 95, n. 1, pp. 1-24, March.
- FRANCE, G. (2003), *Devoluzione politica e standard sanitari nazionali*, in Falcitelli, N., Trabucchi, M., Vanara, F., (a cura di), *Rapporto Sanità 2003*, Bologna.
- FRANCE, G. (2003), *I livelli essenziali di assistenza: un caso di policy innovation*, in Fiorentini G. (a cura di), *I servizi sanitari in Italia*, Bologna, Il Mulino.
- GODDARD, M., e SMITH, P. (2001), *Equity of Access to Health Care Services: theory and evidence from the UK*, in *Social Science and Medicine*, Vol. 53,n.9, pp. 1149-1162, November.
- GORDON, R. H. (1992), *Can capital income tax survive in open economies?*, in *Journal of Finance*, vol. XLVII, n. 3, july.

GRAF VON DER SCHULENBURG, J. M. (2005), *German health care system in transition*, in *The European journal of Health Economics*, vol. 6, n. 2, pp. 183-187, June.

HURST, J., SICILIANI, L. (2003), *Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: a Comparison of Policies in Twelve OECD Countries*, OECD Health Working Papers, n. 6, OECD, Paris, July.

LINDBECK, A. (2005), *Sustainable Social Spending*, Institute of International Economic Studies, Stockholm University, Seminar Paper, n. 739, October.

MANNING, W.J. et al. (1987), *Health Insurance and the Demand for Medical Care: evidence from a randomised experiment*, in *American Economic Review*, vol. 77, June.

MINTZ J. (1995), *The Corporation Tax: a Survey*, in *Fiscal Studies*, vol. 16.

MOSSIALOS, E., LE GRAND, J. (1999), *Cost Containment in the EU: An Overview*, in Mossialos E., Le Grand, J. (eds), *Health Care and Cost Containment in the European Union*, Aldershot, Ashgate.

MURARO, G. (2003), *Federalismo fiscale e sanità nella crisi dello stato sociale*, in *Rivista di diritto finanziario e scienza delle finanze*, n. 3, pp. 349 -384.

NICITA, A. (2003), *Quale concorrenza nei sistemi sanitari? Dieci anni di riforme incomplete*, in *Diritto di economia dello stato sociale*, n. 7-8, pp. 69-90.

OECD (2004 a), *The OECD Health Project, Towards High-Performing Health Systems*, n. 21, August.

OECD (2004 b), *The OECD Health Project, Towards High-Performing Health Systems*, Policy Studies.

OLIVER, A. (2005), *The English Health Service: 1979-2005*, in *Health Economics*, vol. 14, pp. S75-99.

OXLEY, H., MACFARLAN, M. (1995), *Health Care Reform: Controlling Spending and Increasing Efficiency*, OECD Economic Studies, n. 24/1, OECD, Paris.

SCHERER, F.M. (2000), *The Pharmaceutical Industry*, in Culyer A., Newhouse J. (eds.), *Handbook of Health Economics* (vol.1), Elsevier Science.

SICILIANI, L., HURST J. (2003), *Explaining Waiting-Times Variations for Elective Surgery across OECD Countries*, OECD Health Working Papers, n. 7, OECD, Paris.

- SIU, A.L., SONNENBERG F., et al. (1986), *Inappropriate Use of Hospitals in a Randomized Trial of Health Insurance Plans*, in *New England Journal of Medicine*, vol. 315, pp. 1259-1266, November.
- SØRENSEN P. B. (1994), *Some Old and New Issues in the Theory of Corporate Income Taxation*, in *FinanzArchiv* 51.
- SØRENSEN P. B. (1995), *Changing Views of the Corporate Income Tax*, in *National Tax Journal*, 48.
- STORNAIUOLO, G. (2005), *L'equità e l'intervento pubblico nel campo della salute*, in *Economia Pubblica*, fascicolo 5.
- TACCONE A. (2005), *Questioni aperte sulla tassazione delle società*, Esi, Napoli.
- TACCONE A. (2008), *L'intervento pubblico nel settore ferroviario*, Esi, Napoli.
- TILSON L., MCGOWAN B., BENNETT K., BARRY M. (2004), *The high cost of medicines in Ireland*, in *Eur J Health Econ*, July, S10198.
- TORBICA, A., FATTORE, G. (2005), *The "Essential Levels of Care" in Italy: when being explicit serves the devolution of powers*, in *European Journal of Health Economics*, suppl. 1, vol. 6, pp. 46-52.
- VAN DOORSLAER, E., MASSERIA, C. et al. (2004), *Income - related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries*, in *Towards High - Performing Health Systems: Policy Studies*, chapter 5, OECD, Parigi.
- VAN DOORSLAER, E., WAGSTAFF, A., VAND DER BURG, H. et al (2000), *Equity in the delivery of health care in Europe and the US*, in *Journal of Health Economics*, pp. 555-583.
- VAN DOORSLAER, E., KOOLMAN, X. (2004), *Explaining the differences in income-related health inequalities across European countries*, in *Health Economics*, vol. 13, pp. 609-628.
- WAGSTAFF, A., VAN DOORSLAER, E. (2000), *Equity in Health Care Finance and Delivery*, in Culyer, A. J., Newhouse, J. P., (eds.), *Handbook of Health Economics*, Amsterdam.
- WAGSTAFF, A., VAN DOORSLAER, E., (2004), *Overall versus socioeconomic health inequality: a measurement framework and two empirical applications*, in *Health Economics*, vol. 13, pp. 297-301.

WAGSTAFF, A., VAN DOORSLAER, E., VAN DER BURG, H. *ET AL* (1999), *Equity in the Finance of Health Care: some Further International Comparisons*, in *Journal of Health Economics*, vol.18, pp. 263-290.

WÖRZ, M. - BUSSE, R. (2005), *Analysing the impact of health-care system change in the EU member states – Germany*, *Health Economics*, vol. 14, pp. S133-149.