

A systematic review of strategies used for controlling consumer moral hazard in health systems

Rostamkalaee ZK, Jafari M, Gorji HA
BMC Health Serv Res 2022; 22: 1260

In media la spesa sanitaria nei paesi Ocse è stata pari al 9% del Pil nel 2018. Negli Stati Uniti era pari al 18% del Pil nel 2015. L'azzardo morale è una delle cause principali di aumento dei costi sanitari. L'azzardo morale del consumatore consiste in un aumento della domanda di servizi sanitari o in una diminuzione del consumo di cure preventive dovuti alla copertura assicurativa. L'assicurazione sanitaria e la presenza di un terzo pagante, abbattendo il costo diretto delle cure, inducono il consumo di quantità maggiori di servizi e trattamenti sanitari rispetto a quelli che si acquisterebbero al prezzo di mercato. Questo porta ad un consumo di prestazioni sanitarie superiore a quello efficiente. Pertanto, si tratta di un fenomeno che deve essere ridotto e prevenuto. Questo studio mira a determinare e analizzare le strategie utilizzate per controllare l'azzardo morale del consumatore nei sistemi sanitari.

È stata condotta una revisione sistematica della letteratura. Web of Sciences, PubMed, Scopus, Embase, ProQuest, database iraniani (Magirane SID) e il motore Google Scholar sono stati interrogati utilizzando termini di ricerca correlati all'azzardo morale e all'utilizzo dei servizi sanitari senza limiti di tempo. Studi inglesi e iraniani sull'azzardo morale in sanità sono stati considerati eleggibili. I risultati sono stati analizzati seguendo un approccio qualitativo, attraverso un'analisi basata sui contenuti.

Sono stati individuati due gruppi di interventi che mirano a "cambiare il comportamento al momento di ricevere servizi sanitari" e "cambiare il comportamento prima di aver bisogno di servizi sanitari". Il primo gruppo comprende: compartecipazioni al costo dal lato della domanda, conti di risparmio per spese sanitarie future, regolamentazione dei prezzi dei farmaci e razione dei servizi sanitari. Le compartecipazioni al costo migliorano l'efficienza riducendo il consumo non necessario di cure, imponendo al consumatore il pagamento di una parte del costo. Le franchigie (gli importi che gli assicurati pagano prima che cominci la copertura assicurativa), le compartecipazioni (la parte fissa del costo unitario a carico dell'assicurato), la coassicurazione (una percentuale del costo resta a carico dell'assicurato) e i tetti ai pagamenti *out-of-pocket* o ai rimborsi sono tutte forme di *cost-sharing*. I conti di risparmio per spese sanitarie future possono avere carattere volontario o obbligatorio. I titolari dei conti accantonano una percentuale del reddito per far fronte a possibili spese sanitarie future. Ciò dovrebbe aumentare la loro motivazione a prendere decisioni sanitarie informate e a controllare i comportamenti prescrittivi dei medici. È poi possibile agire sul prezzo dei farmaci. L'adozione

di prezzi uniformi porta alla selezione dei segmenti di mercato: dalla prospettiva di un consumatore con alta disponibilità a pagare, un prezzo imposto può indicare bassa desiderabilità, mentre può essere ritenuto troppo elevato da un consumatore con bassa disponibilità; i prezzi differenziati, al contrario, portano a stabilire prezzi differenti per lo stesso prodotto in diversi segmenti di mercato; il prezzo in due parti combina un prezzo uniforme con pagamenti forfettari specifici per il mercato. Infine, il razione della domanda (per i servizi in elezione) si basa sulle liste e sui tempi di attesa. Il costo imposto dall'attesa riduce gli accessi non necessari.

Il secondo gruppo di misure consiste nello sviluppo di programmi assicurativi di incentivazione e *community empowerment*. Il primo riguarda l'estensione dei programmi assicurativi che includono cure preventive oppure la concessione di sconti sul premio da pagare per gli assicurati che non hanno utilizzato servizi nell'anno precedente; il secondo riguarda la promozione di comportamenti sanitari virtuosi attraverso la diffusione di informazioni sulla funzione dell'assicurazione e i rischi del sovraconsumo.

La scelta delle strategie per orientare le decisioni di consumo dipende dalla struttura istituzionale e finanziaria dei sistemi sanitari. Le forme di compartecipazione alla spesa sono più diffuse nei sistemi con assicurazione sociale, mentre forme di razione sono presenti nei sistemi che adottano un servizio sanitario nazionale.

Reductions in out-of-pocket prices and forward-looking moral hazard in health care demand

Johansson N, de NewJohannes SC, Petrie KD, Svensson M
J Health Econ 2023; 87: 102710

È probabile che il pagamento ottimale che riduce l'azzardo morale ma incoraggia comunque un uso appropriato dell'assistenza sanitaria differisca da individuo a individuo a seconda delle esigenze di assistenza sanitaria e della capacità di pagare. Di conseguenza, gli schemi di *cost-sharing* spesso includono soglie in cui i ticket cambiano (per esempio, in base all'età, alla spesa totale o al reddito). Tuttavia, bruschi cambiamenti nei pagamenti a determinate soglie possono non solo modificare l'uso contemporaneo dell'assistenza sanitaria, ma anche creare incentivi dinamici non intenzionali, che influenzano l'uso dell'assistenza sanitaria e persino i risultati di salute. Quantificare l'entità di tali effetti è importante per la progettazione ottimale e l'attuazione di schemi di condivisione dei costi.

Gli incentivi dinamici possono creare un azzardo morale lungimirante in modo tale che gli individui modifichino il loro ricorso all'assistenza sanitaria in risposta a un previsto cambiamento futuro. Ad esempio, poco si sa su come i pazienti rispondano dinami-

camente a un'imminente riduzione della spesa *out-of-pocket* per l'assistenza primaria.

Adottando un disegno di regressione discontinua, gli autori di questo studio valutano una politica svedese di compartecipazione alla spesa in cui i costi *out-of-pocket* delle cure primarie sono stati eliminati negli individui di 85 anni.

I risultati dimostrano l'esistenza di un azzardo morale lungimirante. Gli anziani hanno ritardato il 2-3% delle visite di assistenza primaria previste fino a quattro mesi prima dell'eliminazione diretta della compartecipazione spostandole in un periodo di poco successivo a tale eliminazione. Questi ritardi nell'assistenza sanitaria sono causati da cure non urgenti: visite non mediche, visite programmate e visite di follow-up. Difatti, non si sono avute prove di gravi effetti negativi sulla salute a breve termine a causa del ritardo.

Al di là di questo, non si riscontrano, invece, prove di tipico azzardo morale, in quanto non si riscontra un aumento persistente nell'uso dell'assistenza sanitaria primaria dopo l'eliminazione della compartecipazione. Dunque una compartecipazione alla spesa tra 5 e 20 euro, a seconda della regione interessata, non sembra limitare l'accesso alle cure.

Dal punto di vista degli effetti sanitari, questa politica sembra avere un effetto neutro. Dal punto di vista finanziario, il costo diretto dei trattamenti è traslato dal paziente ai contribuenti a partire dall'ottantacinquesimo anno di età.

Distinguishing moral hazard from access for high-cost healthcare under insurance

Robertson CT, Yuan A, Zhang W, Joiner K
PLoS One 2020; 15(4): e0231768

L'azzardo morale è storicamente considerato come uno dei problemi generati dalla presenza di un'assicurazione sanitaria. Tuttavia, gran parte della spesa sanitaria è rappresentata da servizi sanitari costosi a cui altrimenti le persone non assicurate non potrebbero accedere. Questa è una delle funzioni dell'assicurazione, insieme al trasferimento del rischio. L'evento malattia genera infatti spesso una riduzione del reddito, che a sua volta riduce la possibilità di acquistare trattamenti sanitari. Dunque, dal punto di vista della teoria economica, la presenza di un'assicurazione sanitaria rappresenterebbe un incremento del benessere.

La difficoltà, nell'ambito degli studi sul campo che investigano l'effetto di diversi schemi assicurativi, sta nel distinguere l'azzardo morale dall'accesso a cure ad elevato costo. In questo senso, gli studi sui pazienti che consumano assistenza sanitaria di routine a basso costo non forniscono informazioni utili per studiare l'assistenza sanitaria ad alto costo, che invece guida la maggior parte della spesa sanitaria aggregata.

Per capire l'effetto dell'assicurazione sanitaria, gli economisti hanno tradizionalmente utilizzato la non assicurazione come controfattuale. Tuttavia tale ap-

proccio, se può funzionare per le cure a basso costo accessibili sia agli assicurati che ai non assicurati, fallisce nel caso di cure ad alto costo o di pazienti a basso reddito. In questi casi, la scelta di non utilizzare un trattamento sanitario non dice nulla sul valore attribuito alle cure.

Nel contesto statunitense, gli autori di questo studio testano l'effetto dell'assicurazione confrontando l'assicurazione tradizionale con le indennità. La scelta delle indennità come controfattuale è supportata dalla letteratura. Si tratta di trasferimenti di denaro pari al costo delle cure che da una parte mantengono un costo-opportunità per il paziente (a differenza dell'assicurazione tradizionale), dall'altra garantiscono l'accesso alle cure (a differenza della non assicurazione). Ciò fa sì che il tasso di consumo in caso di indennità sia ripulito dal consumo marginale che si avrebbe nel caso di assicurazione tradizionale.

Poiché le indennità non esistono negli Stati Uniti, gli autori hanno condotto due esperimenti in cieco basati su vignette con 3.000 intervistati, randomizzati a otto vignette e tre tipi di assicurazione. Il campione risulta costruito sulle caratteristiche demografiche della popolazione americana.

La maggior parte o tutta la spesa dovuta all'assicurazione avverrebbe anche con un'indennità. Lo spreco attribuibile all'azzardo morale è non rilevabile. Alla presenza di assicurazione gli individui hanno una probabilità cinque volte maggiore di utilizzare le cure che preferiscono. D'altra parte, sebbene il segno del *moral hazard* vada nella direzione attesa, non sono state riscontrate differenze significative tra gli individui con assicurazione standard e quelli con indennità. Non è stato riscontrato un effetto del *moral hazard* in termini di spreco. Tuttavia si dimostra un ruolo decisivo dell'assicurazione nel permettere l'accesso a trattamenti costosi. Questo suggerisce che il *moral hazard* in sanità potrebbe non essere eccessivo, mentre è sostanziale l'effetto che si ha sull'accesso a trattamenti costosi che in larga parte resterebbe anche sostituendo l'assicurazione tradizionale con un'indennità.

Moral hazard and selection for voluntary deductibles

Alessie RJM, Angelini V, Mierau JO, Viluma L
Health Econ 2020; 29 (10): 1251-1269

Varie opzioni di compartecipazione al costo sono utilizzate dai responsabili politici e dagli assicuratori sanitari per contrastare l'azzardo morale, come i pagamenti *out-of-pocket* e le franchigie. Nei sistemi sanitari basati sulla competizione amministrata presenti in Svizzera, Paesi Bassi e (in misura minore) Stati Uniti, viene offerta al consumatore una franchigia volontaria in cambio di uno sconto sul premio, oltre a una franchigia obbligatoria.

L'attuale evidenza empirica sull'esistenza di effetti di azzardo morale in relazione a una franchigia volontaria in un contesto di competizione gestita è ete-

rogenea e un certo grado di selezione può verificarsi se la franchigia è volontaria: gli individui sani scelgono un valore più alto della franchigia e gli individui meno sani optano per l'assenza di franchigia, il che alla fine porta a un trasferimento dei costi da individui sani a individui malati.

Questo studio indaga se la franchigia volontaria nel sistema olandese riduce l'azzardo morale o agisce solo come strumento di riduzione dei costi per individui a basso rischio. Si utilizza un campione di 14.089 osservazioni, comprendente 2.939 individui su sette waves. L'approccio econometrico si basa su modelli bivarianti e sul ricorso a variabili strumentali.

I risultati mostrano che la franchigia volontaria riduce l'azzardo morale, soprattutto nella decisione di sottoporsi o meno a una visita rispetto al numero di visite. Le franchigie volontarie, inoltre, riducono l'azzardo morale o fungono da strumento di riduzione del premio per le persone a basso rischio. L'analisi descrittiva mostra che una minore copertura assicurativa è effettivamente associata a un utilizzo dell'assistenza sanitaria significativamente inferiore, tranne che per la salute mentale.

Gli individui avversi al rischio hanno una probabilità significativamente minore di optare per una franchigia volontaria. Inoltre, le persone anziane, le persone sposate e quelle con patologie croniche sono meno propense a optare per una franchigia volontaria, mentre la probabilità di avere una franchigia volontaria è maggiore per maschi, persone altamente istruite e persone sane.

I risultati dello studio indicano inoltre che è importante modellare sia la decisione di utilizzare qualsiasi assistenza sanitaria sia la decisione sulla quantità di assistenza sanitaria da utilizzare, poiché gli effetti della franchigia sono diversi. Avere una franchigia volontaria riduce la probabilità di fruire dell'assistenza sanitaria, ma gli effetti sulla quota di fruizione sono diversi.

Gli autori non riscontrano evidenza di selezione sull'azzardo morale; cioè, gli individui non sembrano considerare il loro potenziale cambiamento di comportamento quando si sceglie una franchigia.

The health cost of cost-sharing

Chandra A, Flack E, Obermeyer Z

NBER Working Paper 28439, 2021

<http://www.nber.org/papers/w28439>

Un nuovo ambito di studio nel settore economicosanitario dimostra che, di fronte ad un aumento dei costi *out-of-pocket*, i pazienti fanno fatica a discriminare la qualità e il valore delle cure e rispondono tagliando indifferentemente il consumo delle cure a elevato e a basso valore. Questo fatto è di solito preso come evidenza del fatto che le scelte dei pazienti raramente si basano su un calcolo di tipo costo-beneficio.

Nonostante la sua rilevanza, l'evidenza su questo fenomeno è limitata. I tagli al consumo di servizi sanitari possono essere considerati come una misura del benessere del paziente e non sempre è possibile tradurli in misure più dirette della salute come, ad esempio, la mortalità. I tagli ai consumi aumentano il benessere se c'è un sovraconsumo di servizi legato al *moral hazard* o alle convinzioni del medico.

Ma un osservatore esterno può dare un giudizio non veritiero su ciò che rappresenta un servizio di valore per il paziente. Quest'ultimo, infatti, ha un vantaggio informativo: i tagli al consumo che lui effettua possono massimizzare altre dimensioni dell'utilità che l'osservatore non conosce (ad esempio, effetti collaterali, attitudine al rischio, altro consumo). In altre parole, l'effetto di benessere di una politica che aumenta il costo *out-of-pocket* per il consumatore finale non può essere misurato considerando solo la domanda di servizi. Quando il consumatore reagisce riducendo il consumo di fronte ad una variazione di prezzo, ciò che conta non è se un esperto ritenga le cure evitate di alto o basso valore, ma se quella riduzione ha peggiorato gli *outcome* per quel paziente.

Partendo dai dati relativi alle esenzioni sui farmaci nei pazienti iscritti a Medicare, gli autori di questo studio investigano tre conseguenze sulla salute della condivisione dei costi. In primo luogo, un aumento del 33,6% del prezzo *out-of-pocket* (corrispondente a una variazione di 11,0 punti percentuali nella coassicurazione o 10,40 dollari Usa per farmaco) provoca un calo del 22,6% nel consumo totale di farmaci (\$ 61,20) e un aumento del 32,7% della mortalità mensile. In secondo luogo, gli autori investigano in che misura questo effetto sulla mortalità dipenda dai tagli sui farmaci salvavita come le statine e gli antipertensivi, non trovando nessuna evidenza che queste riduzioni della domanda riguardino solo i farmaci di 'basso valore'; anzi, i pazienti a più alto rischio di infarto e ictus, che beneficerebbero maggiormente delle statine e antipertensivi, sono quelli che riducono maggiormente il consumo di questi farmaci rispetto ai pazienti a basso rischio.

Infine, c'è evidenza che di fronte a problemi di scelta complessi i pazienti rispondono in modo semplice. In particolare, gli aumenti dei prezzi fanno sì che il 18,0% in più di pazienti (2,8 punti percentuali) non richieda farmaci, indipendentemente dal numero di farmaci che avevano assunto in precedenza o dai loro rischi per la salute. Questa decisione si traduce meccanicamente in maggiori riduzioni assolute nell'utilizzo da parte di coloro che assumono molti farmaci. Dunque, i regimi di compartecipazione alla spesa dovrebbero essere valutati in base al loro impatto complessivo sul benessere, che può essere molto diverso dall'elasticità della domanda rispetto al prezzo.

A cura di Silvia Coretti