

IBL Occasional Paper

La sanità socializzata

Pierre Lemieux

Introduzione: passato e presente.

Il problema essenziale della sanità è che si tratta di quella tipica situazione economica in cui si ha una domanda praticamente infinita di risorse scarse. Quali sono le migliori istituzioni sociali in grado di affrontare questo problema? È più efficiente la sanità pubblica o il libero mercato? In questo *paper*, prenderò in esame i problemi – spesso trascurati – della sanità pubblica.

Dall'antica Grecia al mondo contemporaneo.

La sanità pubblica esisteva nell'antichità, ma non nelle più libere società di quel tempo. Nell'antica Grecia la medicina era generalmente un'attività di libero mercato.¹ Al contrario, l'Egitto aveva un regime di medicina socializzata. Come osserva lo storico Jacques Jouanna, non sorprende che «un trattamento cortese fosse considerata una delle caratteristiche della medicina greca che la distinguevano da quella egiziana».² Jouanna racconta la storia di Dario, il re persiano che si slogò una cavaglia e si rivolse ai medici egiziani: «Ma questi dottori, come riporta Erodoto, torsero il piede con troppa forza e aggravarono la sua sofferenza: per sette notti consecutive, il re non riuscì a dormire. Fu così che venendo a sapere della presenza di un medico greco tra i suoi prigionieri – Democene di Crotona – Dario lo convocò e l'obbligò a curare la sua malattia». Jouanna continua citando Erodoto:

«Democede, usando rimedi greci e metodi delicati più che energici... riuscì a restituire a Dario il sonno e in poco tempo lo guarì completamente».³

Per come la conosciamo oggi, la sanità pubblica apparve in Germania nel 1883, quando il cancelliere Otto von Bismarck introdusse molte misure sociali, le quali comprendevano l'assicurazione sanitaria obbligatoria per i lavoratori delle fabbriche e delle miniere. Nel 1911, quella legge era ormai stata estesa a pressoché tutti i lavoratori. Un'analoga legislazione sulle assicurazioni fu ben presto introdotta in altri paesi, tra cui l'Austria nel 1888, l'Ungheria nel 1891, il Lussemburgo nel 1901, la Norvegia nel 1909, la Serbia nel 1909, la Gran Bretagna nel 1911, la Russia nel 1912 e la Romania nel 1913.⁴

Prima della creazione dell'assicurazione sanitaria pubblica, i lavoratori in Inghilterra, in America e in Francia – e suppongo che lo stesso avvenisse in altri paesi – si affidavano ad associazioni volontarie di mutuo soccorso per aiutarsi nelle spese relative a malattie, incidenti e morte. Il primo programma di assicurazione sanitaria pubblica distrusse le associazioni di mutuo soccorso e ostacolò lo sviluppo di altri sistemi privati per fare fronte ad eventi catastrofici. L'introduzione di un po' di *Welfare State* finì per giustificare sempre più *Welfare State*.

Nel 1942, Sir William Beveridge (poi divenuto Lord) propose di unificare tutti i pro-

¹ Cfr. Ludwig Edelstein, *Ancient Medicine* (Baltimore – London, John Hopkins University Press, 1967); e Jacques Jouanna, *Hippocrates* (Baltimore – London, John Hopkins University Press, 1999).

² Jouanna, *op. cit.*, p. 78.

³ *Ibid.*, p. 21.

⁴ Ronald Hamowy, "The Genesis and Development of Medicare," in Roger D. Feldman (ed.), *American Health Care: Government, Market Processes, and the Public Interest* (Oakland, The Independent Institute, 2001).

grammi inglesi di assicurazione (disoccupazione, assistenza familiare, salute, invalidità, pensioni di anzianità, ecc.) in un unico sistema. La sua famosa relazione, spesso chiamata Rapporto Beveridge, preparata con un comitato di funzionari pubblici, proponeva l'assistenza medica gratuita per tutta la popolazione e nel 1948 portò alla creazione del *National Health Service*.⁵

La sanità pubblica non progredì con la stessa velocità in tutti i paesi, ma le traiettorie furono generalmente parallele, malgrado qualche ritardo. In Francia, la maggioranza della popolazione fu coperta dal servizio sanitario pubblico alla metà degli anni Sessanta, ma fu solo a fine millennio che l'assicurazione sanitaria pubblica divenne realmente universale.⁶

Lo sviluppo dell'assicurazione sanitaria pubblica negli Stati Uniti è stato più lento, e a tutt'oggi non ha ancora prodotto un sistema universale di assicurazione contro le malattie. Tuttavia, molti elementi sono stati introdotti. Il progetto di legge Kerr-Mills del 1960 forniva assistenza sanitaria agli anziani "medicalmente indigenti" e fu adottato al Senato con un voto di 91 a 2. I *Social Security Amendments* del 1965 hanno esteso l'assicurazione sanitaria pubblica (denominata *Medicare*) a tutti gli americani oltre i 65 anni di età e hanno generato un programma simile nell'ambito dell'assistenza sociale (denominato *Medicaid*).

La sanità pubblica oggi.

Il risultato è che, oggi, tutti i paesi sviluppati hanno in qualche modo – e generalmente in modo piuttosto intenso - socializzato la medicina. Ciò può essere dedotto dall'importanza della spesa pubblica per la sanità nei paesi dell'OCSE (si veda la Figura 1): la proporzio-

ne della spesa pubblica sulla spesa totale per la sanità è in media del 73% nei paesi dell'OCSE, con qualche variazione tra i singoli paesi. Con rare eccezioni come la Germania (dove quanti sono al di sopra di un determinato livello di reddito possono dissociarsi dal sistema pubblico) e i Paesi Bassi (dove le persone che hanno un elevato livello di reddito sono escluse), la popolazione coperta da assicurazioni sanitarie pubbliche è praticamente il 100%.⁷ L'altra eccezione sono gli Stati Uniti, in cui le assicurazioni private contro le malattie sono, per la maggior parte delle persone, la forma principale di finanziamento della sanità. Il sistema canadese è probabilmente il più socializzato dell'OCSE: i servizi pubblici sono forniti senza alcun addebito, le assicurazioni private che forniscono le cure mediche di tipo ordinario sono illegali, ed esiste solo l'assicurazione privata supplementare, così che tutti gli ospedali sono *de facto* istituzioni pubbliche.⁸

⁷ *OECD Health Data 2004*, CD ROM (Paris, OECD, 2004).

⁸ Gli schemi assicurativi nei Paesi dell'OECD sono descritti in molti rapporti OECD, compreso l'OECD Health Project, *Towards High-Performing Health Systems* (Paris, OECD, 2004); Eddy Van Doorslaer *et al.*, *Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries*, OECD Health Working Papers n. 14 (Paris, OECD, 11 maggio 2004), <http://www.oecd.org/dataoecd/14/0/31743034.pdf>; Insurance Committee Secretariat, *Insurance and Private Pensions Compendium for Emerging Economies*, Book 1, Part 2:4: *Private Health Insurance in OECD Countries: Compilation of National Reports* (Paris, OECD, 2001), <http://www.oecd.org/dataoecd/49/46/1815562.pdf>; e Francesco Columbo e Nicole Tapay, *Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems*, OECD Health Working Papers N. 15 (Paris, OECD, 2 Settembre 2004), <http://www.oecd.org/dataoecd/34/56/33698043.pdf>.

⁵ William Beveridge, *Social Insurance and Allied Services*, edizione americana riprodotta fotograficamente dall'esemplare inglese e pubblicata con correzioni con lo Stationery Office di Sua Maestà (New York, Macmillan, 1942).

⁶ Jean Magniadas, *Histoire de la Sécurité Sociale*, conferenza tenuta all'Institut CGT d'His toire Sociale, 9 ottobre 2003, www.ihs.cgt.fr/Texte-telecharger/Securite-sociale-Jean-Magniadas.pdf.

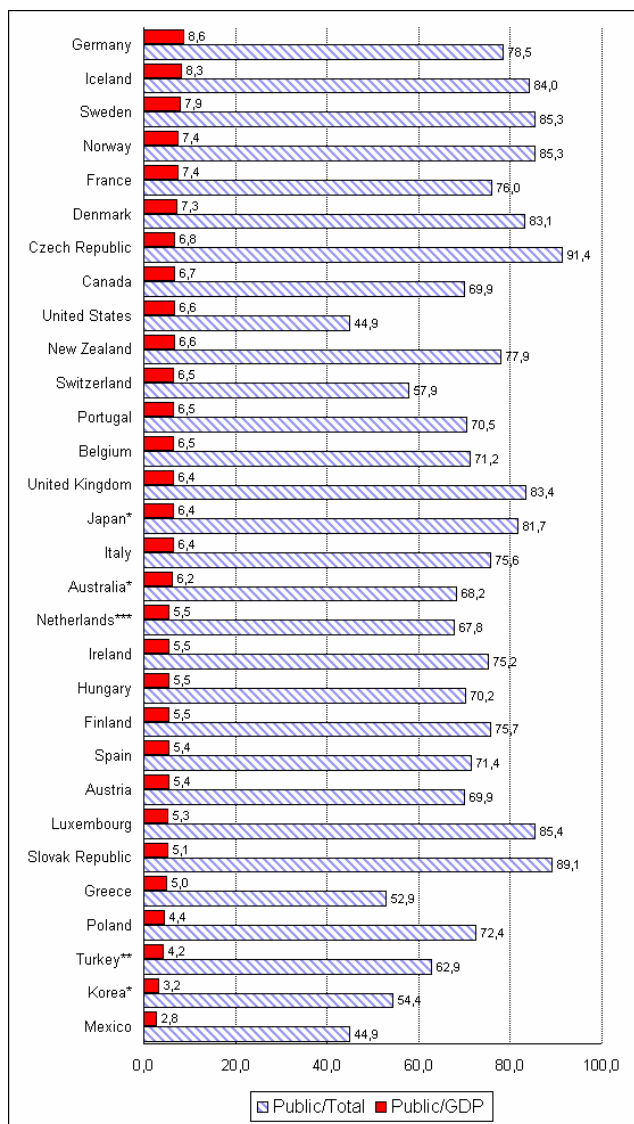


Figura 1. Spesa sanitaria pubblica in proporzione al PIL e alla spesa sanitaria complessiva nei Paesi OCSE, 2002.

Anche se relativamente meno socializzato, il sistema sanitario americano include un vasto settore pubblico che, in percentuale rispetto all'economia complessiva (6.6% del Pil), è fondamentalmente lo stesso del Canada (6.7%) e al di sopra della media dell'OCSE (6.4%). Inoltre, il settore sanitario privato americano, comprese le assicurazioni, è rigidamente regolamentato⁹.

⁹ Elizabeth Docteur, Hannes Suppanz, e Jaejoon Woo, *The US Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform*, OECD Working Papers, N. 350 (27 febbraio 2003), www.olis.oecd.org/olis/2003doc.nsf/43bb6130e5e86e5

Il sistema americano è criticato in quanto non copre il 14% della popolazione.¹⁰ Un quarto degli americani sono coperti da *Medicare* o da *Medicaid*. I restanti, che sono più del 60%, si avvalgono di assicurazioni sanitarie private, generalmente tramite il loro datore di lavoro. La difficile situazione del non assicurato non è così tragica qualcuno vuole dipingerla. È incluso un certo numero (evidentemente ristretto) di persone ricche che possono pagare per la sanità ordinaria.¹¹ Si noti inoltre che il 40% di quanti sono privi di assicurazioni non sono lavoratori a tempo pieno, il che suggerisce che di per sé siamo di fronte più ad un problema di occupazione che di assicurazione contro le malattie. Per concludere, quelli senza una fornitura convenzionale delle cure mediche godono di una certa assicurazione informale contro le malattie grazie al libero accesso agli ospedali della contea, i cosiddetti “fornitori della rete di sicurezza”, e grazie alla carità privata.¹²

Inefficiente.

Una delle principali caratteristiche della sanità pubblica è quella di spezzare il legame tra prezzo e servizio. Nella sua forma estrema, essa rende l'assistenza sanitaria accessibile a costo zero.

L'economia delle code.

La domanda di assistenza sanitaria (o più precisamente, di servizi specifici sanitari) è come la domanda di qualunque altro bene e servizio: più il prezzo è elevato, più la quantità richiesta è bassa. Infatti, è per aumentare la quantità richiesta che i fautori della sanità pubblica vogliono imporre tetti ai prezzi o rendere gratuita la sanità. L'elasticità dei

[fc12569fa005d004c/a17bfa31f942be2cc1256cdb00332d3c/\\$FILE/JT00140050.PDF](http://fc12569fa005d004c/a17bfa31f942be2cc1256cdb00332d3c/$FILE/JT00140050.PDF)

¹⁰ *Ibid.*, p. 6.

[www.olis.oecd.org/olis/2003doc.nsf/43bb6130e5e86e5fc12569fa005d004c/a17bfa31f942be2cc1256cdb00332d3c/\\$FILE/JT00140050.PDF](http://www.olis.oecd.org/olis/2003doc.nsf/43bb6130e5e86e5fc12569fa005d004c/a17bfa31f942be2cc1256cdb00332d3c/$FILE/JT00140050.PDF)

¹¹ Più del 14% dei non assicurati sono in famiglie con redditi di \$75.000 o più.

¹² *Ibid.*, pp. 7 e 13.

prezzi della domanda di assistenza sanitaria è valutata fra -0.2 e -0.3 (un aumento dei prezzi del 10% provoca un calo del 2%-3% nella quantità richiesta)¹³, il che significa che la domanda è relativamente anelastica. Se il prezzo diminuisce, non saranno soltanto i poveri che chiederanno e consumeranno di più, ma anche tutti gli altri - anche se possiamo verosimilmente supporre che l'elasticità della domanda dei poveri sia maggiore. Presumibilmente l'offerta mostra il rapporto normalmente positivo fra il prezzo e la quantità fornita: affinché siano offerti più beni e servizi sanitari, i prezzi devono essere più elevati - per stimolare i fornitori esistenti ad aumentare la loro produzione, per portare nuovi produttori sul mercato ed infine distrarre risorse da altre industrie.

Quando lo Stato impone un tetto ai prezzi, si crea una scarsità, cioè, la quantità richiesta è superiore alla quantità fornita al prezzo controllato. Questo avviene fino quando lo Stato non sovvenziona abbastanza i produttori (medici, ospedali, e così via) al punto che essi offrano ogni cosa richiesta al prezzo controllato. Una scarsità "reale" - cioè, una quantità fornita più bassa della quantità richiesta ai prezzi di mercato - si sviluppa soltanto se un mercato privato parallelo è proibito per legge. Altrimenti, il mercato privato parallelo colmerà la domanda insoddisfatta di quei consumatori che preferiscono pagare il prezzo di mercato piuttosto che fare a meno di un servizio difficile da ottenere. Consentire un mercato privato parallelo aumenta così il benessere, rispetto ad una proibizione alla canadese di ogni soluzione privata.¹⁴

Quando si crea una scarsità, i consumatori devono pagare un prezzo non monetario per ottenere ciò che è scarsamente fornito. Questo prezzo non monetario si definisce nei termini

di ciò che il consumatore deve fare per passare davanti alla coda: attendendo in riga, intrattenendo il proprio medico, facendo amicizia con i medici e il personale dell'ospedale, ecc. Può accadere che, per determinate categorie di consumatori come i poveri, il prezzo non pecuniario sia più basso del prezzo di mercato - per esempio, se principalmente è costituito dal costo di opportunità del loro tempo - e che di conseguenza la sanità "gratuita" operi una redistribuzione di servizi medico-sanitari dai ricchi ai poveri. Ma, come vedremo successivamente, questo non avviene necessariamente.

Le code nei sistemi socializzati.

Proprio come le code che si formavano davanti alle drogherie nei paesi ex-comunisti, le code della sanità compariranno se lo Stato non fornirà tutta la quantità richiesta al di sotto dei prezzi di equilibrio, e se l'offerta privata sarà regolamentata. Rimanendo invariate le altre condizioni, le code saranno tanto più importanti quanto più sarà bassa la spesa per la sanità pubblica.

Nel Canada, l'unico paese in cui un settore privato parallelo è proibito per legge, le code esistono da alcuni decenni e si stanno allungando con il tempo (sono mediamente più lunghe del 90% che nel 1993). Un'indagine sui medici specialisti realizzata dal Fraser Institute in tutte le province canadesi ha accertato che il tempo medio di attesa che passa dalla richiesta operata da un medico generico fino all'effettivo trattamento è di 17,7 settimane in tutto il paese.¹⁵ Un medico della zona di Montréal, il dott. Jacques Chaoulli, ha combattuto battaglie legali per un decennio cercando di costringere lo Stato a consentire lo sviluppo di un sistema privato parallelo, comprese le assicurazioni contro le malattie, per coloro che sarebbero disposti a pagare per avere servizi

¹³ Elizabeth Docteur e Howard Oxley, *Health Care Systems: Lessons from the Reform Experience* (Paris, OECD, 5 dicembre 2003), p. 29, www.oecd.org/dataoecd/5/53/22364122.pdf.

¹⁴ Michael Hoel e Erik Magnus Saether, "Public Health Care with Waiting Time: The Role of Supplementary Private Health Care", *Journal of Health Economics*, 22 (2003), pp. 599-616.

¹⁵ Nadeem Esmail e Michael Walker, *Waiting Your Turn: Hospital Waiting Lists in Canada* (Vancouver, Fraser Institute, 2004), www.fraserinstitute.ca/admin/books/chapterfiles/Completite%20Publication-wyt2003.pdf#.

migliori o in tempi più rapidi.¹⁶ Il giudizio finale da parte della Corte Suprema è ora atteso in qualunque momento. Recentemente è stata intrapresa un'iniziativa collettiva contro gli ospedali del Québec a nome di 10 mila donne ammalate di cancro al seno che, dall'ottobre del 1997, hanno dovuto attendere più di otto settimane la radioterapia postoperatoria.¹⁷

In effetti, le liste di attesa sono abbastanza comuni nell'OCSE: dei 20 paesi analizzati da un importante studio dell'OCSE, in 12 si segnalano liste d'attesa (Australia, Canada, Danimarca, Finlandia, Irlanda, Italia, Paesi Bassi, Nuova Zelanda, Norvegia, Spagna, Svezia e Regno Unito). Un recente studio econometrico realizzato da due economisti dell'OCSE¹⁸ suggerisce che, come previsto, quanto più bassa è la quantità di risorse destinate al sistema sanitario pubblico e quanto più bassi sono gli incentivi economici per i produttori, tanto più probabilmente le liste d'attesa si svilupperanno e saranno più lunghe.

Costosa.

Ma le liste d'attesa sono solo una manifestazione del costo. Più in generale – e a volte a dispetto delle apparenze – la sanità pubblica comporta costi economici maggiormente elevati.

Costi manifesti e nascosti.

Una misura del costo economico della sanità è il suo costo complessivo confrontato al Pil (Figura 2), che, si può dire, equivale approssimativamente al valore delle risorse economiche destinate alla produzione della sanità e al valore degli altri beni e servizi che si è rinunciato a produrre. Il fatto che i costi totali per la sanità siano più alti negli Stati Uniti (14,6%, dopo la correzione dell'errore d'arrotondamento) che in qualunque altro paese dell'OCSE e molto superiori alla media dell'OCSE (8,4% - [media non ponderata]), è spesso addotto come prova che la sanità in regime di libero mercato costa più della sanità pubblica.



Figura 2. Spesa sanitaria pubblica e privata in proporzione al PIL nei Paesi OCSE, 2002.

Dietro a tutto ciò vi è il problema che il sistema americano non è un sistema privato, di libero mercato, ma soltanto un sistema meno statalizzato. Ci sono però molti altri problemi.

¹⁶ Pierre Lemieux, "Monopoly on Trial," *Financial Post*, 9 giugno 2004, p. FP-19.

¹⁷ "Quebec Patients Sue Government over Long Waits for Cancer Care," *Medical Post* 40, N. 13 (30 marzo, 2004), all'indirizzo www.medicalpost.com/mpcontent/article.jsp?content=20040329_200939_2784.

¹⁸ Luigi Siciliani e Jeremy Hurst, *Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery across OECD Countries*, OECD Health Working Papers, n. 7 (7 ottobre 2003), www.oecd.org/dataoecd/31/10/17256025.pdf.

Gli americani spendono per la sanità pubblica, per meno che la metà della popolazione, una percentuale del Pil che è superiore a ciò che un paese medio spende per coprire il 100%; e gli americani non coperti dal sistema pubblico scelgono di spendere privatamente più degli abitanti di molti altri paesi. Ci sono numerose ragioni per questo elevato livello delle spese sanitarie, tanto private che pubbliche. In primo luogo, il consumo di sanità aumenta con la prosperità: i paesi con il Pil pro capite inferiore hanno le spese sanitarie pro capite più basse, mentre un più alto Pil pro capite è associato con maggiori spese sanitarie pro capite. In secondo luogo, ci sono alcune prove del fatto che i prezzi per sanità sono più elevati negli Stati Uniti che in altri paesi dell'OCSE¹⁹, in parte a causa dei prezzi incontrollati delle medicine e della retribuzione del personale medico, e a causa delle numerose azioni legali che gravano sul sistema sanitario e di altre limitazioni della libertà contrattuale.²⁰ Una terza ragione in virtù della quale i prezzi sono più elevati negli Stati Uniti può essere la tecnologia medica più avanzata.²¹ Da ultimo, i pazienti americani probabilmente pagano più per ottenere una migliore qualità: un'indicazione dell'assistenza sanitaria di migliore e più personalizzata qualità negli Stati Uniti è il numero di dipendenti ospedalieri per letto, che è molto superiore rispetto agli altri paesi dell'OCSE (il rapporto è di 4 rispetto a meno di 3 per la maggior parte degli altri paesi)²².

In realtà, i sistemi di sanità pubblica trasferiscono i costi economici reali (e li nascondono) invece che ridurli. Come i mercati competitivi in generale, i sistemi *multi-payer* – con molti centri autonomi di spesa – sono più efficienti dei sistemi monopolistici, caratterizzati da un *single-payer* (un unico centro di spe-

sa). I prezzi più bassi possibili, che siano coerenti con i costi di produzione reali, sono prezzi competitivi. I sistemi con un *single-payer* possono ottenere prezzi migliori, ma soltanto se nascondono i costi, o se producono meno rispetto alla quantità ottimale di sanità.

I costi economici.

I costi economici della medicina socializzata sono di tre tipi: (1) la perdita di benessere dovuta alla produzione di troppa o troppo poca sanità, rispetto a ciò che i diversi consumatori desiderano; (2) i costi di attesa dei pazienti; e (3) il costo economico dell'imposizione delle tasse. Le persone che attendono in code il soccorso sanitario sopportano molti costi soggettivi, che sono costi economici reali. Il costo dell'imposizione delle tasse non è, in primo luogo, ciò che il governo deve spendere per amministrare e fare rispettare il sistema fiscale, ma quel che è denominato la "difficoltà eccedente" delle tasse, cioè ciò che viene perso in produzione e consumo a causa del fatto che la gente cambia i propri modelli di lavoro, risparmio e consumo per minimizzare il proprio carico fiscale. La difficoltà eccedente delle tasse è stata valutata tra il 17% e il 50% del dollaro marginale prelevato.²³

A causa dei problemi nella misurazione dei benefici soggettivi e dei costi nascosti della sanità pubblica e a causa di più profondi problemi metodologici²⁴, è impossibile fornire una valutazione quantitativa della "prestazione sociale netta" o del "costo sociale netto" della sanità pubblica. Tuttavia, sosterrò che l'analisi economica suggerisce fortemente che la medicina socializzata non è un buon affare. Un'indicazione proviene dalla preferenza rivelatrice: gli individui che votano con i loro piedi verso la sanità privata rivelano che, al-

¹⁹ Docteur *et al.*, *The US Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform*, p. 23.

²⁰ Gerard F. Anderson *et al.*, "It's The Prices, Stupid: Why the United States Is So Different from Other Countries," *Health Affairs* 22, n. 3 (2003), Exhibit 6, p. 98, content.healthaffairs.org/cgi/reprint/22/3/89.

²¹ *Ibid.*

²² Docteur *et al.*, *The US Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform*, p. 22.

²³ Patricia M. Danzon in "Hidden Overhead Costs: Is Canada's System Really Less Expensive?", *Health Affairs* 11-1 (primavera 1992), p. 37, <http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/11/1/21.pdf>.

²⁴ Cfr. Anthony de Jasay, *The State* (Indianapolis, Liberty Fund, 1998), pp. 111-112, www.econlib.org/library/LFBooks/Jasay/jsySttContent.html.

meno per loro, i costi della medicina socializzata sono superiori ai benefici relativi.

Iniqua.

L'uguaglianza è l'argomento principale a difesa della sanità pubblica. Effettivamente, al pubblico è stato fatto il lavaggio del cervello sul fatto che questo dovrebbe essere un obiettivo della sanità. Un'indagine su sette Paesi (Repubblica Ceca, Francia, Germania, Italia, Paesi Bassi, Spagna e Svezia) suggerisce che, almeno in Europa, l'opinione pubblica individuale nell'uguaglianza l'obiettivo principale della sanità e si oppone alle riforme basate sul libero mercato. Circa l'80% degli interpellati crede che «[d]are a tutti parità di accesso agli stessi standard di assistenza» è più importante che «[a]ssicurare a ciascuno e alla sua famiglia l'accesso alle cure migliori» e questa proporzione non varia molto fra i differenti paesi.²⁵

Questo solleva due questioni: (1) può la sanità pubblica essere ugualitaria? e (2) l'uguaglianza è un obiettivo utile?

L'accesso ineguale alla sanità pubblica.

I sistemi della sanità pubblica forniscono realmente un'uguale assistenza a tutti i loro clienti? La teoria economica suggerisce una risposta negativa. Gli individui per quale il costo non-monetario di salto delle code è più basso, o che possono permetterselo, otterranno di più. Per quanto riguarda gli studi empirici, i risultati non sono univoci.²⁶

²⁵ Helen Disney *et al.*, *Impatient for Change: European Attitudes to Health Care Reform* (London, The Stockholm Network, 2004).

²⁶ Samuel E.D. Shortt, "Equity in Canadian Health Care: Does Socioeconomic Status Affect Waiting Times for Elective Surgery?" *Canadian Medical Association Journal* 168, n. 4 (18 febbraio 2003), pp. 423-416; Barton H. Hamilton, Vivian H. Hamilton, e Nancy E. Mayo, "What Are the Costs of Queuing for Hip Fracture in Canada," *Journal of Health Economics* 15, n. 2 (1966), pp. 161-185; Eddy Van Doorslaer *et al.*, *Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries*, OECD Health Working Papers No. 14 (Paris, OECD, 11 maggio 2004), <http://www.oecd.org/dataoecd/14/0/31743034.pdf>.

L'importante studio OCSE di Doorslaer e altri indica che alcuni paesi con i sistemi sanitari più statalizzati mostrano con evidenza una disuguaglianza a favore dei ricchi: i casi interessanti includono la Finlandia, la Svezia e il Canada.²⁷

Propongo un'ipotesi che chiamo "l'ipotesi della nomenklatura". "Nomenklatura" è un termine russo che è stato usato per descrivere il gruppo dei *apparatchik* comunisti ad alto livello e ha finito per indicare la classe privilegiata nelle società comuniste - quelli che avevano accesso alle valute estere, alle autorizzazioni ai viaggi, ai depositi speciali, alla migliore educazione e all'assistenza sanitaria di migliore qualità, ecc. Il livello di disuguaglianza è più basso nella nostra sanità pubblica di quanto fosse nei paesi comunisti, e la nostra nomenklatura è più grande e più aperta. La nostra nomenklatura sanitaria sarebbe composta da tutti coloro che possono meglio accollarsi i prezzi non pecuniari per il salto delle liste d'attesa. Questi prezzi non monetari includono: rapporti amichevoli con i medici e il personale medico-sanitario direttivo (forse come vecchi compagni di classe); i mezzi per accedere ai medici e agli impiegati direttivi attraverso l'appartenenza agli stessi club di golf, al fatto che i bambini frequentino la stessa scuola o che si abiti nella stessa zona; la lingua, la psicologia e gli atteggiamenti necessari per persuadere o intimidire i burocrati al livello di ingresso; e così via. La nomenklatura includerebbe non soltanto un gran numero di burocrati pubblici, abituati ad avere a che fare con i loro colleghi, ma anche i ricchi, i famosi, i meglio istruiti e probabilmente gran parte del ceto medio. Tutti questi membri della nomenklatura otterrebbero un accesso privilegiato al sistema di assistenza medica pubblica.

L'uguaglianza è giusta?

In altre parole, l'uguaglianza è impossibile e ciò che otteniamo quando proviamo a raggiungerla - un sistema di nomenklatura - è,

²⁷ Doorslaer *et al.*, *op. cit.*

sotto molti aspetti, meno giusto del mercato. E ci sono buoni argomenti economici a riprova del fatto che i sistemi del mercato sono più efficienti dei sistemi di nomenclatura per promuovere la prosperità e produrre una maggiore quantità di tutti i beni, compresa la sanità, per un più gran numero di persone.

Supponendo che la povertà (in quanto opposta all'uguaglianza) sia un problema, la redistribuzione del reddito in denaro o la sovvenzione di assicurazioni sanitarie private per i poveri sarebbero le soluzioni efficienti²⁸. Il fatto che queste soluzioni non sono quelle realmente adottate suggerisce che il principale obiettivo pratico della sanità pubblica non è fornire la sanità ai poveri.

Statalista.

*Sanità pubblica:
redistribuzione a favore di chi?*

Se non è l'equità, allora qual è l'obiettivo pratico principale della sanità pubblica? Non è certamente un obiettivo di efficienza economica, dato che non c'è motivo di pensare che i mercati della sanità siano differenti da altri mercati complessi (opinione, formazione, assicurazione sulla vita, computer) e che i consumatori fanno le loro scelte riguardo alla salute diversamente da quelle che fanno riguardo all'alimentazione, al rischio o ad altri tipi di equilibrio tra costi e benefici nel normale corso della vita. Per trovare i motivi reali, la teoria della *Public choice* suggerisce di guardare a chi trae beneficio dalla sanità pubblica e ha il potere di impostarla²⁹.

Analizzare questo argomento porterebbe molto lontano - specialmente perché non c'è, a quanto ne sappia, un'analisi completa sulla sanità da parte di studiosi di *Public choice*. Da ciò che abbiamo visto, comunque, non è evi-

dente che i grandi vincitori siano i poveri, perché non fanno parte del nomenclatura e sono quelli che ottengono i servizi peggiori. Anche se il povero beneficia della sanità pubblica, probabilmente dobbiamo guardare altrove per trovare i maggiori e più concentrati interessi che hanno i muscoli politici per farla funzionare. Questi gruppi di interesse speciale probabilmente includono i sindacati delle infermiere ed altro personale sanitario non-medico, come quei burocrati governativi che guadagnano dall'espansione del settore pubblico.

Sorveglianza statale e povertà.

Più precisamente, la sanità pubblica è fra gli interessi dello Stato - cioè, degli individui che gestiscono lo Stato o ne beneficiano - dal momento che conduce a una maggiore sorveglianza sulla società e ad un maggior potere dello Stato.

Quanto più la sanità pubblica si fa costosa e quanto più il malcontento (sia del consumatore che del contribuente) cresce, tanto più lo Stato sarà sotto pressione affinché si controllino i costi. Un modo per fare questo consiste nell'intervenire nelle scelte dello stile di vita (fumo, obesità, alcool e così via), particolarmente se si tratta di stili di vita di minoranze, per ridurre i cosiddetti "costi sociali" dei comportamenti rischiosi.³⁰ Il fatto che la fornitura di cure sanitarie da parte dello Stato sia inevitabilmente accompagnata da un obbligo da parte del destinatario di accettare il controllo della sua salute da parte di altri è illustrato dal *Proposed Health Covenant for Canadians*, recentemente suggerito da una commissione governativa. Secondo questo cosiddetto "patto" (*covenant*), in cambio dell'accesso gratuito alla sanità, gli individui «hanno la responsabilità di seguire comportamenti sani... seguendo l'opinione e

²⁸ Un punto di vista simile è esposto da Patricia M. Danzon, *op.cit.*, p. 40, <http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/11/1/21.pdf>.

²⁹ Sulla teoria della *public choice*, si veda Pierre Lemieux, "The Public Choice Revolution," *Regulation* 27, n. 3 (autunno 2004), all'indirizzo <http://www.cato.org/pubs/regulation/about.html>.

³⁰ Pierre Lemieux, "Heil Health," *The Independent Review* 4, n.2 (autunno 1999), pp. 303-306, www.pierrelemieux.org/artproctor.pdf; e "The Public Health State," *MD Canada*, May-June 2004, p. 72, riprodotto all'indirizzo www.pierrelemieux.org/artpublichealth.html.

l'esperienza dei fornitori di sanità». ³¹ Un altro modo per controllare i costi della sanità è controllare il consumo specifico dei servizi medici attraverso le schede sanitarie e i database centrali delle informazioni sui pazienti. Lo Stato francese sta giusto introducendo questi mezzi di controllo. ³² La commissione canadese, analogamente, ha proposto di «[a]ttuare l'istituzione di annotazioni elettroniche sanitarie personali per ciascun canadese» ³³.

Non è concepibile che lo Stato gradisca la sanità pubblica perché aumenta il suo potere – oltre che, o anziché, desiderare più potere perché ne ha bisogno per far funzionare la sanità pubblica? C'è un modello di Stato elaborato dagli studiosi di *Public choice* che suffraga una risposta positiva: il modello del Leviatano. ³⁴ Alla luce del modello del Leviatano, la sanità pubblica dà allo Stato sudditi più controllabili e riconoscenti. Una citazione attribuita a Bismarck, la quale figura nel testo che accompagnava una delle proposte di legge del 1883, illustra come lo Stato usi le politiche di assistenza sociale in generale e come abbia statizzato la medicina in particolare, per corrompere e addomesticare i ceti più popolari: «Il fatto che lo Stato aiuti i propri cittadini bisognosi molto più che in passato è non sol-

tanto un dovere cristiano e umanitario, di cui l'apparato statale dovrebbe essere completamente cosciente: è anche un'operazione da intraprendere per la conservazione dello Stato stesso. L'obiettivo di questa operazione è consolidare fra le classi non abbienti della popolazione, che sono le più numerose e meno informate, l'idea che lo Stato sia un'istituzione non soltanto necessaria, ma anche benefica». ³⁵ Due esperti contemporanei di sanità, Hussey e Anderson, riprendono la stessa argomentazione: «un sistema di assicurazione *single-payer* può anche promuovere la fiducia dei cittadini nella capacità del governo di proteggere il loro benessere, accrescendo nella popolazione il senso della legittimità del governo» ³⁶.

Sommario e conclusioni.

È banale dire che nessun sistema è perfetto, ma è sempre vero. Infatti, “perfetto” è un termine che non può neppure essere definito, tranne che dal punto di vista del filosofo-re, per la semplice ragione che le diverse preferenze sono differenti ed ogni individuo ha un proprio parere su che come sarebbe un sistema sanitario perfetto. Tuttavia, l'analisi economica suggerisce con forza che i processi politici e burocratici non produrranno risultati migliori rispetto alle scelte individuali e alla concorrenza del libero mercato. I principali guasti della sanità pubblica sono quadruplici: (1) si tratta di un sistema di razionamento inefficiente; (2) economicamente costoso; (3) iniquo; e (4) che aumenta pericolosamente il potere statale.

Dovrebbe essere aggiunto un quinto pericolo. Quanto più un paese si muove verso una medicina socializzata, tanto più diventa impossibile metterla in discussione, dato che essa produce gruppi di interesse che resisteranno al cambiamento (le persone che vivono del sistema e gli individui che si affidano al sistema perché non hanno sottoscritto assicurazioni

³¹ Commission on the Future of Health Care in Canada, *Building on Values: The Future of Health Care in Canada, Final Report*, noto anche come “Romanow Report” (Government of Canada, 2002), pp. 50-51, disponibile all'indirizzo http://www.hc-sc.gc.ca/english/pdf/romanow/pdfs/HCC_Final_Report.pdf.

³² *Le Monde*, 30 luglio 2004, www.lemonde.fr/web/imprimer/article/0,1-0@2-3224,36-374164,0.html.

³³ Romanow Report, pp. 75 e seguenti.

³⁴ Sullo Stato come Leviatano, cfr. Geoffrey Brennan e James M. Buchanan, *The Power to Tax: Analytical Foundations of a Fiscal Constitution* (Cambridge, Cambridge University Press, 1980), www.econlib.org/library/Buchanan/buchCv9toc.html#The%20Power%20to%20Tax:%20Analytical%20Foundations%20of%20a%20Fiscal%20Constitution. Si veda anche de Jasay, *op.cit.* Il Leviatano è chiamato “il Minotauro” in Bertrand de Jouvenel, *On Power: The Natural History of its Growth* (Indianapolis, Liberty Fund, 1993); dello stesso autore, si veda anche *The Ethics of Redistribution* (Indianapolis, Liberty Fund, 1989).

³⁵ Cit. in Hamowy, p. 54.

³⁶ P. Hussey e G.F. Anderson, “A Comparison of Single- and Multi-payer Health Insurance Systems and Options for Reform,” *Health Policy* 66 (2003), p. 222.

private quando erano più giovani o in buona salute) e perché esso modifica le preferenze della gente verso le soluzioni statali. Come

Bismarck ha suggerito, la sanità pubblica induce la gente a considerare lo Stato un benevolo Grande Fratello.



Pierre Lemieux insegna presso il Dipartimento di scienze amministrative dell'Université du Québec en Outaouais e Research Fellow presso l'Independent Institute (Oakland, California).

L'ISTITUTO BRUNO LEONI, intitolato al grande filosofo del diritto Bruno Leoni (1913-1967), nasce con l'ambizione di stimolare il dibattito pubblico, in Italia, esprimendo in modo puntuale e rigoroso un punto di vista autenticamente liberale. L'IBL intende studiare, promuovere e divulgare gli ideali della libera iniziativa, della proprietà privata e della libertà di scambio. Per maggiori informazioni sull'IBL, è possibile consultare il sito internet www.brunoleoni.it.