GILBERTO MURARO

LA CRESCITA DELLA SPESA SANITARIA PUBBLICA

Scopo di questa nota è di studiare le modalità e le motivazioni della crescita della spesa sanitaria pubblica negli ultimi due decenni, cercando di cogliere anche l'evoluzione spontanea del fenomeno nel prossimo futuro. Si farà qualche cenno pure agli strumenti di regolazione di tale crescita, in particolare considerando le possibilità e i limiti del razionamento mediante prezzi. Ma una completa analisi normativa esula dai limiti del presente studio che cerca piuttosto di capire « dove siamo, come ci siamo arrivati e dove stiamo andando ».

1. *I caratteri quantitativi del fenomeno.*

Cominciamo con il tratteggiare i caratteri quantitativi del fenomeno, usando quell'accurata raccolta di dati coordinati che è costituita dall'apposita ricerca dell'OCSE, cui fa da complemento la ricerca effettuata dallo stesso ente nel 1978 nei riguardi dell'intera spesa pubblica (OECD, 1977 e 1978). Si tratta di dati riferiti al periodo 1960/62-1974/75. L'estremo inferiore sta bene perché si sa che da lì inizia in quasi tutti i paesi occidentali il periodo di forte espansione della spesa pubblica in campo sociale; ma non si sa quanto stia bene per la presente analisi l'anno finale. Con sicurezza esso può indicare l'inizio della riflessione critica, in campo economico e politico, attorno agli alti saggi di crescita di detta spesa, riflessione di cui proprio le citate ricerche dell'OCSE sono una valida testimonianza. Il seguito pratico e preciso di questo processo di mutamento delle condizioni culturali prevalenti ci resta tuttavia sconosciuti nei riguardi della gran parte dei paesi esteri.

Possiamo solo comunicare che è nostra impressione:

a) che non vi sia stato alcun drammatico cambiamento

di politica sanitaria o che perlomeno non se ne siano ancora visti gli effetti concreti;

b) che la crescita della spesa sanitaria pubblica avvenga ora a saggi inferiori rispetto al passato, grazie essenzialmente all'evoluzione spontanea del fenomeno (su cui ci si soffermerà in seguito);

c) che tale assestamento non sia peraltro giudicato sufficiente a fronte del deteriorarsi della prospettiva di uno sviluppo economico non inflazionistico e che pertanto sia ancora di attualità parlare di controllo della spesa pubblica in campo sanitario.

In via preliminare si avverte ancora che i dati dell'OCSE usati in seguito, da intendersi riferiti alla spesa di parte corrente in mancanza di diversa specificazione, sono sistematicamente rapportati al PIL « tendenziale » a prezzi correnti, come calcolato dall'OCSE stesso secondo una già collaudata metodologia; e ciò per evitare che la raffigurazione del processo evolutivo nel periodo considerato venga deformata dal valore anomalo che per motivi congiunturali potrebbe assumere il PIL effettivo di inizio o di fine periodo.

Ciò detto, passiamo ad analizzare il fenomeno in esame, i cui elementi fondamentali, sulla scorta dei dati di tab. 1, possono essere sintetizzati come segue. Tra gli inizi degli anni '60 e la metà degli anni '70 nell'ambito dell'OCSE la spesa sanitaria corrente (pubblica + privata) è passata, come media aritmetica non ponderata, dal 4,18 al 5,96 % del PIL tendenziale, e l'aumento è da ascriversi tutto alla componente pubblica che è passata dal 2,71 al 4,77 %, guadagnando quindi 2 punti percentuali sul PIL. La distribuzione dei valori di spesa totale corrente a fine periodo contempla livelli massimi pari al 7,3-7,4 % sul PIL per gli Stati Uniti e i Paesi Scandinavi, e valori minimi per il Giappone (4 %) e Grecia (3,5 %) con gran parte dei valori compresi tra 5 e 7. Nell'insieme la variabilità appare spiegata in modo non trascurabile dai livelli di reddito pro capite.

La spesa pubblica vede ancora al primo posto i Paesi Scandinavi, mentre gli Stati Uniti passano in coda. Nel complesso, né i valori finali di questa serie né le variazioni intervenute nel periodo appaiono strettamente collegati ai livelli e ai ritmi di crescita del PIL. Il che è un primo avviso che, pur in pre-

TABELLA 1 - *Spesa sanitaria corrente in percentuale del PIL tendenziale in 18 paesi dell'OCSE.*

	% sul PIL attorno al 1974				Crescita (punti % sul PIL) rispetto 1960-62			
	Totale		Pubblica		Totale		Pubblica	
	1- %	1.a (1)	2- %	2.a (1)	3-punti	3.a (1)	4-punti	4.a (1)
1) Australia ('62-'75)	6,5	7	5,0	11	1,7	10	2,5	8
2) Austria	5,7	11	3,7	15	1,1	13	0,8	17
3) Belgio ('65-'74)	5,0	15	4,2	13	0,7	16	1,1	15
4) Canada ('62-'73)	6,8	5	5,1	9	1,6	11	2,6	6
5) Danimarca	—	—	6,5	2	—	—	2,7	4
6) Finlandia ('62-'75)	5,8	10	5,5	3	1,9	9	3,0	2
7) Francia	6,9	14	5,3	5	2,2	6	2,2	11
8) Germania Federale ('60-'74)	6,7	6	5,2	7	2,2	6	2,7	4
9) Giappone ('60-'75)	4,0	6	3,5	16	1,1	13	1,6	13
10) Gran Bretagna ('62-'75)	5,2	14	4,6	12	1,3	12	1,4	14
11) Grecia ('62-'75)	3,5	17	2,3	18	0,7	16	0,5	18
12) Irlanda ('63-'75)	6,2	8	5,4	4	2,4	3	2,6	6
13) Italia	6,0	9	5,2	7	2,1	8	2,3	9
14) Norvegia ('62-'73)	5,6	12	5,3	5	2,3	5	2,9	3
15) Nuova Zelanda	5,5	13	4,2	13	1,1	13	0,9	16
16) Paesi Bassi ('63-'72)	7,3	2	5,1	9	2,9	1	2,3	9
17) Stati Uniti ('60-'74)	7,4	1	3,0	17	2,4	3	1,8	12
18) Svezia ('63-'74)	7,3	2	6,7	1	2,6	2	3,1	1
— varianza (2)	1,175		1,196		0,437		0,634	
— media aritmetica (2)	5,96		4,77		1,78		2,06	

r di correlazione: serie 1-2 = 0,593; serie 1-3 = 0,808; serie 2-4 = 0,827; serie 3-4 = 0,7886
(i primi due dati non considerano ovviamente la Danimarca)

FONTI: colonne 1 e 2: OCDE, *Dépenses publiques de santé*, Paris, 1977, tab. 1 e tab. 11.
Indici finali e graduatorie: ns. elaborazioni.

NOTE: (1) Col. *x*.a = graduatoria dei valori di col. *x*.
(2) Escludendo la Danimarca, le colonne 2 e 4 (spesa pubblica e sua crescita) hanno le seguenti medie: 4,66 e 2,02, nonchè le seguenti varianze: 1,079 e 0,645.

senza di una tendenza di fondo comune, non è disponibile alcuna semplice teoria quantitativa sullo sviluppo del settore sanitario pubblico e che occorre tenere nel dovuto conto le caratteristiche istituzionali dei vari paesi, collegate a peculiari fattori di ordine sociale, storico e politico (1).

A conferma di questa tesi, conviene considerare anche la spesa sanitaria pubblica nell'ambito dell'intera spesa pubblica di parte corrente e della spesa pubblica sociale (considerando convenzionalmente quest'ultima come somma delle erogazioni per la sanità, per l'istruzione e per l'insieme di provvidenze dirette al cosiddetto « mantenimento del reddito »).

Un confronto illuminante può essere fatto in termini di elasticità rispetto al PIL. Dai citati studi dell'OCSE risulta che nel periodo considerato (1960/62-1974/75) in tutti i paesi industrializzati la spesa pubblica in campo sanitario è cresciuta con un'elasticità al PIL ben maggiore di 1 e nei 2/3 dei paesi con un'elasticità maggiore di 1,7. La media aritmetica semplice per l'area OCSE risulta pari a 1,75, superando decisamente l'analoga elasticità media della spesa pubblica « sociale », pari a 1,43; e a sua volta questo valore supera l'elasticità media della spesa pubblica totale, che è comunque, a ennesima conferma della legge di Wagner, superiore a 1 e pari precisamente a 1,21.

La relazione appena illustrata fra le tre elasticità, oltre che nella media, vale anche per ciascuno dei 18 paesi considerati, con le due sole eccezioni dell'Olanda e della Norvegia dove la spesa « sociale » complessiva è cresciuta a ritmo superiore rispetto alla componente sanitaria.

Non ci si può tuttavia spingere oltre, lungo questa uniformità di tipo ordinale. Vi sono infatti vistosi cambiamenti nelle graduatorie dei paesi passando da una serie all'altra, sicché in termini quantitativi le tre serie di elasticità non appaiono affatto strettamente collegate: abbiamo calcolato infatti che il coefficiente di correlazione fra l'elasticità della spesa totale e quella della spesa sociale è pari a 0,627; tra sociale e sanitaria

(1) In particolare sembrano di qualche rilievo, come variabili esplicative della quota di spesa sanitaria pubblica sul PIL, la proporzione di medici per abitante nonché la remunerazione di questi in rapporto al reddito *pro-capite*, che sono appunto fattori istituzionali dal lato dell'offerta. È scarsa invece la correlazione tra livello delle spese sanitarie, sia pubbliche sia totali, e stato di salute della popolazione (cfr. MORCALDO-SALVEMINI, 1978, pp. 18-20).

TABELLA 2 - *Elasticità della spesa pubblica corrente rispetto al PIL tendenziale in 18 paesi dell'OCSE.*

	Spesa totale (1960-1976)		Spesa sociale (1) (da circa 1962 a circa 1974)		Spesa sanitaria (da circa 1962 a circa 1974)	
	1-elast.	1.a (2)	2-elast.	2.a (2)	3-elast.	3.a (2)
1) Australia	1,26	5	1,33	10	2,00	5
2) Austria	1,16	13	1,17	16	1,27	17
3) Belgio	1,26	6	1,25	13	1,37	15
4) Canada	1,21	10	1,66	3	2,03	4
5) Danimarca	1,38	2	1,65	4	1,73	11
6) Finlandia	1,16	14	1,50	7	2,19	2
7) Francia	1,09	17	1,13	17	1,72	12
8) Germania	1,23	8	1,25	13	2,09	3
9) Giappone	1,13	15	1,28	12	1,86	7
10) Gran Bretagna	1,21	9	1,33	10	1,42	13
11) Grecia	1,10	16	1,23	15	1,28	16
12) Irlanda	1,31	3	1,50	7	1,90	6
13) Italia	1,19	11	1,44	9	1,78	10
14) Norvegia	1,25	7	1,72	2	1,38	14
15) Nuova Zelanda	1,02	18	1,10	18	1,27	17
16) Paesi Bassi	1,28	4	2,04	1	1,85	8
17) Stati Uniti	1,17	12	1,52	6	2,54	1
18) Svezia	1,38	1	1,61	5	1,85	8
— varianza	0,0086		0,0568		0,1224	
— media aritmetica	1,21		1,43		1,75	

r di correlazione: serie 1-2 = 0,627; serie 1-3 = 0,220; serie 2-3 = 0,353

FONTE: colonne 1 e 2: OCDE, *Evolution des dépenses publiques*, Paris, 1978, tab. 1 e tab. 6.
colonna 4: OCDE, *Dépenses publiques de santé*, Paris, tab. 11.
Dati finali e graduatorie: ns. elaborazioni

NOTE: (1) La spesa sociale include: istruzione, sanità, mantenimento del reddito.
(2) Colonna. *x*.a: graduatoria dei valori di col. *x*.

è pari a 0,353 e tra totale e sanitaria è pari ad un trascurabile 0,220.

Si può dunque affermare:

a) che nel periodo considerato i paesi occidentali si sono trovati uniti nel dilatare la quota del PIL manovrata dall'operatore pubblico e nel privilegiare all'interno di questo spazio aumentato la spesa sociale e specialmente la sua componente sanitaria;

b) ma che nel muoversi in questa comune direzione, ogni paese ha seguito una propria tabella di marcia.

Esula peraltro dai limiti di questa nota il tentativo di spiegare le diversità nazionali nei ritmi assoluti e relativi di crescita dei tre aggregati di spesa considerati (2). Qui ci si limiterà a considerare il comun denominatore riscontrato nei vari paesi e cioè, ripetiamo, il fenomeno della spesa pubblica sanitaria che negli ultimi due decenni cresce ovunque a ritmo maggiore della spesa pubblica complessiva e quasi ovunque a ritmo maggiore dell'insieme delle altre componenti della spesa sociale.

Piace chiudere ricordando che l'Italia si presenta in ciascuna delle serie di dati fin qui ricordate con valori molto prossimi alla media e alla mediana. Ciò significa che quanto si dirà in generale dovrebbe valere in particolare per l'Italia, che una volta tanto non costituisce un caso anomalo.

2. *Le cause prossime della crescita.*

Sul piano dell'analisi statistica le principali cause della crescita della spesa sanitaria pubblica di parte corrente sono state individuate dall'OCSE (sulla base dei dati degli 8 paesi, tra cui l'Italia, che disponevano di statistiche sufficientemente disaggregate) nel modo indicato in tabella 3 (3).

---

(2) Possiamo solo dire che, in un eventuale tentivo del genere, cominceremmo intuitivamente con il verificare un modello esplicativo basato su queste ipotesi: generale tendenza ugualitaria nella società che spinge a rendere universali i benefici sociali — in materia di educazione, di previdenza e di sanità — prima dati in modo selettivo; avvicinamento graduale a tale meta nei vari settori della spesa sociale con ritmi correlati in positivo al distacco tra situazione attuale e situazione di arrivo, al PIL *pro-capite* e al suo saggio di crescita e infine alla pressione dell'offerta (che per l'Italia almeno si potrebbe misurare attraverso il numero di laureati destinati ad operare nell'ambito degli anzidetti servizi sociali).

(3) I «valori» di tab. 3 sono differenze assolute tra le percentuali di incidenza sul PIL della spesa sanitaria dovuta a ciascun fattore, percentuali

TABELLA 3 - *Fattori di crescita della spesa sanitaria pubblica in 8 paesi dell'OCSE, per voce di spesa e per fattore di crescita - 1962-74 circa — (valori = variazione di punti percentuali su PIL tendenziale agli estremi del periodo)* (1) (2).

Fattori di crescita	Ospedali		Servizi medici e paramedici		Materiali sanitari		Totale spesa pubblica	
	valori	%	valori	%	valori	%	valori	%
1) aumento popolazione assistita . . .	0,19	20,43	0,10	21,28	0,04	33,33	0,33	21,71
2) aumento dell'uso medio di servizi sanitari pro-capite	0,22	23,66	0,16	34,04	0,16	133,33	0,54	35,55
3) aumento della percentuale di spesa pagata dall'operatore pubblico . .	0,17	18,28	0,11	23,40	0,03	25,00	0,31	20,39
4) variazioni di costo unitario	0,35	37,63	0,20	21,28	−0,11	−91,67	0,34	22,37
5) Totale	0,93	100,00	0,47	100,00	0,12	100,00	1,52	100,00
Scomposizione fattore 4):								
4.a) variazione dei prezzi relativi . . .	0,57	61,29	0,07	14,89	−0,15	−125,00	0,04	32,33
4.b) variazione degli input reali per unità di servizio	−0,22	−23,66	0,03	6,38	0,04	33,33	−0,15	−9,87

FONTE: OCDE, *Dépenses publiques de santé*, Paris, 1977, tab. 16 e nostre elaborazioni.
NOTE: (1) Paesi considerati: Australia, Austria, Belgio, Francia, Gran Bretagna, Italia, Nuova Zelanda, Svezia.
(2) Note metodologiche nel testo.

Nel periodo 1960/62-1974/75 la crescita della spesa sanitaria pubblica di parte corrente è dovuta dunque per il 42 % alla decisione politica di allargare la popolazione servita e la percentuale di copertura pubblica della spesa totale; e per il 58 % all'evoluzione del mercato sanitario, che da un lato ha prodotto in tutti i comparti un rilevante aumento della quantità pro-capite dei servizi sanitari e dall'altro ha visto lievitare sensibilmente il costo monetario per unità dei servizi nel comparto ospedaliero e in quello dei servizi personali, insufficientemente contrastato dal pur rilevante calo del costo dei materiali sanitari.

Un'altra informazione sulle cause prossime della crescita della spesa pubblica la si può avere considerando il mutamento intervenuto nella ripartizione tra pubblico e privato della spesa sanitaria totale. Precisamente, si calcoli la spesa pubblica teorica che si sarebbe verificata alla fine del periodo con crescita della spesa totale identica a quella effettiva ma con una com-

---

misurate nell'anno iniziale e in quello finale del periodo considerato. La riga 5) — totale — è in realtà il dato originario, trovato per differenza tra dati storici; detto totale viene scomposto nei dati parziali delle altre righe con il seguente metodo: « considerando la posizione finale

$$x_2 = a_2 \cdot b_2 \cdot c_2 \cdot d_2$$

e la posizione iniziale come

$$x_1 = a_1 \cdot b_1 \cdot c_1 \cdot d_1 ,$$

allora il contributo, ad esempio, del fattore a al cambiamento totale $x_2 - x_1$ si assume uguale a:

$$(a_2 - a_1) \cdot \frac{b_1 + b_2}{2} \cdot \frac{c_1 + c_2}{2} \cdot \frac{d_1 + d_2}{2} \text{ »}$$

(OECD, 1977, p. 33, n. 16).

Quanto ai singoli fattori, va osservato:

a) il fattore n. 2) — aumento dell'uso medio *pro-capite* di servizi sanitari — considera la variazione del numero di unità di servizi sanitari usate dalle persone potenzialmente coperte da istituti pubblici; il fattore n. 4) — variazione del costo unitario — indica, ad esempio, la variazione del costo per un giorno di ospedale o per una visita medica. Esso è trovato come residuale rispetto al totale e agli altri tre fattori.

Il fattore 4) viene scomposto nei due fattori: 4.*a*) — variazione dei prezzi relativi — e 4.*b*) — variazione degli input reali per unità di servizio. Quest'ultimo è trovato come residuale rispetto a 4) e 4.*a*). Le percentuali di 4.*a*) e 4.*b*) sono sempre riferite al totale 100 della colonna di appartenenza.

I prezzi relativi di cui al fattore 4.*a*) sono individuati dal rapporto tra indice dei prezzi impliciti nella spesa sanitaria pubblica di parte corrente e indice dei prezzi impliciti nel PIL.

posizione tra pubblica e privata pari a quella iniziale: il sovrappiù di spesa pubblica effettiva rispetto al dato teorico così calcolato si può considerare dovuto allo spostamento della domanda dal settore privato a quello pubblico.

Orbene, anche per questa via si ottengono valori compresi tra il 30 e il 45 %. Sembra pertanto legittimo concludere, pur con tutte le ovvie approssimazioni e cautele del caso, che la spesa pubblica è aumentata per circa il 40 % perché essa ha sostituito quella privata e per circa il 60 % perché c'è stato un aumento dei prezzi e della quantità pro-capite dei servizi sanitari.

Si tratta allora di cercare di comprendere le cause che hanno portato all'anzidetta sostituzione e agli anzidetti aumenti.

3. *Le cause remote della crescita.*

3.1. *La sostituzione del pubblico al privato in un modello di scelte collettive.* — Per quanto riguarda il processo di sostituzione del pubblico al privato, è noto che si tratta di un fenomeno che ha toccato, sia pure con varia intensità, tutti i campi della politica sociale. Non so personalmente dare spiegazione migliore di quella che è stata già da più parti avanzata in termini di « public choice », anche se in assoluto non la considero ancora del tutto soddisfacente (4).

È una spiegazione che presenta un nucleo essenziale, comune ai vari autori e ai vari campi, e molte varianti diversamente applicate dai vari autori ai singoli fenomeni.

Il nucleo essenziale, come mi pare di poterlo interpretare, afferma che quanto è avvenuto è il risultato inevitabile di cinque condizioni compresenti:

1) un comportamento egoistico da parte degli elettori, ciascuno dei quali cerca di massimizzare nell'uso del voto l'utilità personale, ovviamente includendovi i benefici netti derivanti

(4) Su tale filone di studio vedi da ultimo gli atti del convegno di Amburgo, 1978, dell'Istituto Internazionale di Finanza Pubblica (IIPF, 1979). Le basi dell'approccio sono nel pionieristico lavoro di Downs (1957) e nelle numerose opeer di Buchanan e di Tullock, tra cui si segnalano: Buchanan-Tullock (1962) e Buchanan (1967).

dai cosiddetti « beni pubblici » e quelli derivanti dai cosiddetti « effetti esterni di consumo »;

2) un comportamento egoistico da parte dei politici, i quali cercano di massimizzare il numero dei voti attesi;

3) il suffragio universale;

4) una distribuzione ineguale della ricchezza e quindi, in presenza di una imposizione fiscale crescente con la ricchezza, una ineguale distribuzione tra i cittadini dell'onere della spesa pubblica (dove ineguale ha ovviamente un mero contenuto aritmetico e non equivale certo a iniquo);

5) l'impossibilità di aumentare velocemente e significativamente la ridistribuzione dei redditi attraverso le imposte; e ciò perché oltre un certo limite potrebbe scatenarsi una reazione extralegale, e prima ancora perché anche i meno agiati possono temere i freni allo sviluppo che ne deriverebbero, e infine perché in un moderno paese industriale si ha sempre la speranza di migliorare sensibilmente il proprio *status* o che ci riescano i figli, e anche questo smorza le richieste di imposte spogliatrici.

Nell'ambito di queste condizioni risulta infatti inevitabile che la maggioranza degli elettori chieda e ottenga dai politici quelle spese pubbliche i cui benefici sono distribuiti in modo più ugualitario rispetto alla distribuzione dell'onere fiscale, ossia, per dirla in termini più eleganti, quelle spese pubbliche i cui benefici non crescono in funzione del reddito a saggio superiore a quello dell'imposta, sicché il votante che occupa il posto di mezzo della scala dei redditi ha un saldo netto positivo tra beneficio e costo dell'espansione della spesa pubblica. Il modello contiene anche un meccanismo endogeno di arresto nel lungo periodo, giacché, continuando la ridistribuzione del reddito attraverso le due parti del bilancio pubblico e in presenza di utilità marginale decrescente della spesa pubblica e di sacrificio marginale crescente dell'imposta, avverrà bene che ad un certo punto il votante mediano vedrà annullarsi il saldo netto della ridistribuzione.

Si noti incidentalmente che uno schema del genere offre una sistemazione teorica non contraddittoria alla « crisi di rigetto » nei riguardi dell'imposta personale progressiva che sul finire degli anni '70 è avvenuta nei Paesi scandinavi e in Gran

Bretagna. È stata una crisi che si è dapprima manifestata in più forme, dallo sviluppo dell'economia sommersa alla cosiddetta « tax push inflation », ma che alla fine ha prodotto, appunto, la diminuzione quanto meno tendenziale della spesa pubblica attraverso il cambiamento dei programmi governativi o addirittura della leadership politica (5).

Si osservi inoltre come il modello possa accogliere senza sforzo molte altre qualificazioni che sono consuete parlando di spesa sociale e in particolare di spesa sanitaria. Si usa dire, ad esempio, che in relazione al problema sanitario sono diffusi i cosiddetti effetti esterni di consumo: vale a dire che crea disutilità al ricco non tanto il generico stato di povertà altrui (che spingerebbe ad una generica ridistribuzione in denaro) quanto la mancanza in altri di beni considerati essenziali, come appunto la protezione sanitaria; e che ciò è sufficiente ad attivare una ridistribuzione in natura su basi puramente volontaristiche. Ovviamente si può arrivare al medesimo risultato se nella funzione di utilità del ricco l'anzidetta sensibilità per le disgrazie altrui cede il posto a un calcolo egoistico o di tipo assicurativo (nel senso che, date le alterne vicende della vita, conviene anche al ricco di oggi fare in modo che la società fornisca comunque l'essenziale a tutti) oppure di tipo politico (nel senso che il mantenimento della pace sociale e quindi del sistema economico in atto richiede che le classi subalterne abbiano accesso ad un minimo di servizi).

Analoghe considerazioni possono proporsi nei riguardi delle forze politiche fino ad arrivare, al limite, al dittatore benevolente o previdente che si comporta allo stesso modo del politico democratico, pur non avendo la preoccupazione dei voti.

Personalmente condividiamo considerazioni di questo genere, che sono oltretutto le uniche in grado di spiegare le non trascurabili forme di assistenza sanitaria pubblica del passato. Ma, ripetiamo, in nessun modo esse contrastano con il modello di scelte collettive sopra illustrato, di cui vanno semmai a rafforzare il meccanismo causale.

Analogo discorso vale per l'ipotesi di illusione fiscale, che è sostenuta da più parti e che implica la sottovalutazione da parte dei cittadini dell'onere individuale connesso all'intervento

---

(5) Vedi Muraro (176).

pubblico. In questo caso, tuttavia, può risultare modificato il punto conclusivo del processo, poiché, in ipotesi di forte illusione fiscale, si andrebbe oltre il punto di equilibrio oggettivo tra beneficio e costo per il votante mediano.

In sintesi, la nostra posizione è la seguente:

— in primo luogo, il comune processo di fondo della rapida sostituzione della domanda pubblica alla domanda privata in campo sanitario — sotto forma di aumento della popolazione protetta e del grado di protezione finanziaria — trova convincente spiegazione in un nucleo comune di condizioni socio-politiche di base che vengono interpretate in un modello neoclassico di scelte collettive dove vale il criterio della massimizzazione dell'utilità individuale;

— in secondo luogo, le differenze nei ritmi e nei modi di tale processo di sostituzione nei vari paesi possono essere in buona parte spiegate, all'interno del medesimo modello di scelte collettive, considerando variabili addizionali che attengono alla funzione di utilità dei cittadini e dei politici, all'organizzazione e alla carica ideologica dei partiti e dei sindacati, al ruolo della burocrazia, al grado di illusione fiscale, tutte variabili che nei vari paesi hanno con ogni probabilità assunto pesi diversi (basti pensare al diverso peso dell'ideologia nei paesi latini e in quelli anglosassoni e mitteleuropei) (6);

— in terzo ed ultimo luogo, la residua variabilità del processo deve inevitabilmente far capo ad una diversa struttura preesistente dell'offerta di servizi sanitari e alle maggiori o minori resistenze al cambiamento che ne derivavano.

3.2. *L'aumento dei prezzi relativi e l'evoluzione comparata della produttività del lavoro.* — Anche nella struttura dell'offerta, peraltro, va individuato un nucleo comune che assume rilievo nello spiegare non tanto il processo di dilatazione dell'intervento pubblico sin qui esaminato, quanto il processo di crescita dei prezzi e della quantità pro-capite dei servizi sanitari, che è l'argomento che tentiamo ora di approfondire.

---

(6) In questo approccio si colloca una recente e brillante analisi del caso italiano svolta da Leccisotti e Fausto (180). Essi adottano, tra l'altro, l'ipotesi secondo cui il politico, oltre che di essere rieletto, si preoccupa anche di trovare spazi entro cui esercitare il proprio potere discrezionale, e dimostrano come il settore sanitario si presti bene a tale scopo e sia stato perciò privilegiato dai politici nell'espansione della spesa pubblica.

Per quanto riguarda i prezzi, si è già detto che i prezzi relativi (misurati cioè rispetto a quelli impliciti nel PIL) aumentano notevolmente nel settore ospedaliero, aumentano di poco per le prestazioni dei medici e paramedici e subiscono una drastica caduta per i materiali sanitari. I due aumenti, come tendenza di fondo, non sorprendono, semmai avrebbe sorpreso il contrario. Credo che il vecchio schema di Baumol del 1967, intorno allo sviluppo squilibrato, offra al riguardo una buona chiave interpretativa: nel settore dei servizi sanitari la produttività del lavoro cresce a ritmi ben inferiori a quella media del sistema e dunque, nella realistica ipotesi di un livellamento dei salari nel sistema indipendentemente dalla dinamica di ogni settore, è chiaro che i prezzi relativi dei suddetti servizi dovevano crescere, e con ogni probabilità dovranno continuare a farlo poiché non è in vista alcuna rivoluzione tecnologica o organizzativa che consenta di far fare alla produttività degli operatori sanitari dei grandi balzi in avanti. È da dire che su simile tendenza di lungo periodo si sono innescate, secondo quanto risulta dall'analisi empirica dell'OCSE, delle spinte particolari nel settore ospedaliero che erano tese al recupero di vecchi ritardi nella dinamica salariale; per cui, conclude l'OCSE, la crescita dei prezzi relativi dovrebbe avvenire in futuro con ritmo inferiore che nel passato: prendiamo atto di tale previsione fatta per l'area OCSE in generale, pur notando che nel caso italiano essa somiglia più ad una speranza che ad una previsione.

Anche l'opposta dinamica dei prezzi relativi dei materiali sanitari può essere sempre interpretata con lo schema di Baumol: trattandosi di attività manifatturiera, e quindi con una produttività crescente a ritmo maggiore di quella media del sistema, era da attendersi la diminuzione dei prezzi relativi. L'entità davvero significativa di tale diminuzione è probabilmente legata al passaggio di una notevole parte della produzione sanitaria dalla piccola alla grande scala, che è avvenuto proprio a causa dell'espansione del settore nel periodo considerato. Per il futuro, dunque, ci attendiamo che il movimento prosegua nella stessa direzione ma con ritmi molto più bassi.

3.3. *L'aumento del consumo pro capite di servizi: il ruolo della domanda e quello dell'offerta.* — Rimane da affrontare il

problema dell'aumento del consumo medio pro-capite di servizi sanitari, intendendo con tale dizione il numero di unità di servizi sanitari (giorni di ospedali, visite mediche, analisi, farmaci) utilizzati in media dalle persone coperte da schemi sanitari pubblici. Si rammenterà che questa voce è la più significativa tra quelle sin qui considerate, poiché da sola spiega il 36 % della crescita dell'intera spesa pubblica. Come facilmente intuibile, la crescita del consumo medio è massima per i farmaci ma è forte anche nel comparto ospedaliero e in quello delle prestazioni mediche e paramediche. L'abuso degli esami specialistici, lo spreco di farmaci, l'andazzo del ricovero ospedaliero facile, l'uso dell'ospedale come luogo di convalescenza o addirittura come ospizio quando le famiglie dei pazienti non possano o non vogliano offrire l'assistenza domestica, sono tutti fenomeni ampiamente noti. Può solo essere di conforto sapere che non sono un'esclusiva prerogativa italiana.

Parte di questa crescita va ritenuta fisiologica: con il progresso della scienza medica sono oggi curate in ospedale malattie o malformazioni che un tempo venivano sopportate a casa fino alla morte; e in molti casi il ricorso all'esame specialistico e di laboratorio risponde ad un effettivo bisogno di migliore diagnosi; e infine è comprensibile che in certi segmenti del servizio ospedaliero la durata media si sia invece ridotta ma attraverso terapie più intensive che hanno comportato un maggior impiego di materiali e di farmaci.

Ma di sicuro la fisiologia non spiega tutto. È anzi nostra fondata impressione che la parte maggiore, almeno negli anni recenti, rientri nella patologia sociale, intendendo come tale la dilatazione dei servizi che è dovuta al fatto che la domanda non è sufficientemente filtrata dai gruppi professionali responsabili dell'offerta, quando non sia addirittura da questi alimentata a proprio esclusivo interesse. Al riguardo giova ricordare che, secondo numerose testimonianze, i promotori della medicina sociale erano convinti che non ci sarebbero stati abusi intollerabili da questo punto di vista: la domanda di cure si riteneva perfettamente rigida al prezzo, fino al limite a cui scattava il vincolo di reddito; l'erogazione a prezzo zero non avrebbe dunque fatto aumentare la domanda se non per il segmento che non aveva potuto manifestarsi prima a causa del vincolo di reddito. E una volta esaurito questo segmento accumulato nel pas-

sato, si riteneva che la medicina sociale potesse saturare la domanda senza comportare né una spesa insopportabile né forme prolungate di razionamento non monetario; mentre l'eccesso di domanda iniziale e gli eventuali eccessi transitori successivi sarebbero stati sanati da una forma accettabile di razionamento non monetario, e precisamente dalla decisione discrezionale del medico che avrebbe deciso chi ammettere alle cure avendo riguardo solo all'oggettiva entità del bisogno.

Orbene, a distanza di qualche decennio tutte queste generose convinzioni si sono dimostrate infondate. Il bisogno di cure sanitarie ha acquisito una grossa componente elastica al prezzo, dopo che l'aumento di ricchezza e il successo della medicina contro le malattie più gravi hanno prodotto l'allargamento del mercato sanitario: come dice la bella definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, salute significa ora ben più che liberazione dal dolore e dalla morte prematura; essa significa « ottima efficienza fisica, mentale e sociale e stato di benessere ». Dall'altro lato, è dimostrato, e sarebbe ben strano il contrario, che nella funzione di utilità del medico un ruolo importante e spesso primario è svolto dal guadagno monetario. Infine, si tenga conto che l'espansione del settore va a vantaggio dell'industria di farmaci e dei materiali nonché della burocrazia sanitaria, per non parlare dei centri di potere politico che talvolta si sono insediati presso le maggiori strutture ospedaliere.

È agevole a questo punto spiegare ciò che è avvenuto: da una parte i pazienti tendono a spingere la loro domanda autonoma — che è domanda di « prime visite » — fino al punto in cui l'utilità marginale è pari a zero, dato che il prezzo è nullo; dall'altra, il medico, cui spetta decidere il seguito della vicenda, per accontentare il cliente, per ridurre il tempo medio di ciascuna visita, per dimostrare la doverosa gratitudine alle munifiche case farmaceutiche, non nega a nessuno il farmaco e l'esame specialistico (e qualche giorno di astensione dal lavoro bisognerebbe aggiungere, se volessimo considerare anche un altro importante aspetto della recente storia sanitaria). Da lì alla congestione ambulatoriale e ospedaliera e al sistematico razionamento attraverso il tempo di attesa e attraverso il deterioramento qualitativo, il passo è breve. In questo modo si ha una continua pressione alla dilatazione della spesa pubblica, senza peraltro mai saturare in modo soddisfacente la domanda.

È la contraddizione di fondo della medicina pubblica che Buchanan (1965) sottolineò con grande lucidità, ricorrendo ancora una volta all'approccio neoclassico delle scelte collettive, già molti anni orsono: da un lato i cittadini-contribuenti che agiscono nell'area politica non sono disposti a spendere illimitatamente per la medicina, perché devono ben considerare i concorrenti impieghi sociali delle risorse; dall'altro lato, i cittadini-pazienti, che agiscono individualmente, spingono invece la propria domanda molto al di là del limite implicito nella originaria dotazione finanziaria del servizio pubblico.

Come ha reagito lo Stato a questa inquietante evoluzione del settore? Attraverso più forme, la più importante delle quali è stata la dilatazione del proprio intervento nell'offerta, il che è in linea di principio una reazione fondamentalmente corretta. Va ricordato al riguardo che l'equilibrio della medicina privata — in cui era il prezzo a regolare il mercato sanitario, salvo la assistenza ai poveri — venne rotto inizialmente dall'operatore pubblico attraverso il sostegno della domanda privata nella forma dell'assicurazione obbligatoria, senza pesanti interferenze pubbliche nell'offerta. Ma questo schema, che potremmo definire mutualistico puro, è instabile nel lungo periodo perché la domanda tende a dilatarsi oltre il punto di equilibrio economico (dove l'utilità marginale privata è uguale al costo marginale sociale, mentre di fatto i pazienti spingono la domanda fin dove l'utilità marginale privata è uguale al costo marginale privato), provocando così inevitabilmente un'ulteriore crescita del finanziamento pubblico. E il movimento non è certo contrastato con la forza necessaria dai responsabili privati dell'offerta, che hanno interesse alla dilatazione della domanda solvibile. L'esigenza di contrastare un'evoluzione del genere — che si aggiunge a quella ugualmente importante di evitare l'appropriazione monopolistica da parte dei medici e dei produttori sanitari del maggiore sostegno finanziario alla domanda — spiega a nostro modo di vedere perché tutti i governi siano stati indotti ad aumentare la propria presenza nell'offerta, avviando così l'assetto mutualistico verso lo sbocco del vero e proprio servizio sanitario pubblico (Muraro, 1969). Il processo si manifesta attraverso una crescente configurazione del medico ospedalieo e di ambulatorio come impiegato di una struttura pubblica, preferibilmente a tempo pieno e con un

compenso forfettario; e per quanto riguarda il medico autonomo, sia egli generico o specialista, il processo si manifesta dapprima nella fissazione delle tariffe per le singole prestazioni e poi nel passaggio dal sistema di pagamento a notula (tot per atto sanitario) a quello a quota capitaria (tot per paziente su base annua) o a forme miste in cui la quota variabile, prima a notula e poi con il sistema capitario, si aggiunge ad una base fissa.

Nei termini anzidetti l'evoluzione è razionale. Ma qualche breve riflessione farà capire che i risultati positivi attesi non sono affatto certi. Il rapporto impiegatizio puro consente di conoscere con certezza l'onere del personale medico e di mantenerlo, nel breve periodo, entro i limiti desiderati. Non si può tuttavia escludere il pericolo che una diminuzione della produttività comporti in futuro un aumento del fabbisogno di medici tale da dilatare la spesa rispetto all'originario rapporto semi-impiegatizio. Circa il confronto tra pagamento a notula e pagamento a quota capitaria (7), è evidente che in ambedue i casi si tende a stabilire una certa concorrenza tra medici, dando valore alle scelte dei consumatori e premiando di conseguenza il medico che ha saputo ottenere la fiducia di un maggior numero di pazienti (8). Nel primo caso, inoltre, si intende porre un ulteriore incentivo a fornire buone prestazioni, remunerando i singoli atti medici.

Il sistema a notula, dunque, sembra a prima vista il più efficiente; ma tale conclusione viene messa in dubbio quando si consideri l'elevata possibilità del medico di variare la quantità di prestazioni. È chiaro che, qualunque sia il livello del compenso unitario, la quantità degli atti medici (e quindi la spesa) può sempre risultare superiore e la qualità sempre inferiore ai livelli ottimali; e il fenomeno sarà tanto più grave quanto maggiore è il rapporto numerico tra medici e pazienti. Occorre inoltre sottolineare che l'incentivo alla buona qualità delle prestazioni è in larga parte fittizio: la situazione ideale per il medico

---

(7) Le considerazioni comparative che seguono sono tratte da MURARO (1969, pp. 489-90), cui si rinvia per approfondimenti.

(8) Poiché le valutazioni del paziente sono insufficienti e spesso erronee, è chiaro che il riconoscimento ad esse dato dai sistemi di remunerazione si giustifica come misura subottimale, in mancanza di migliori strumenti di controllo dell'attività del medico generico.

compensato a notula — etica professionale a parte — è che il malato abbia sempre bisogno di visite, ma che queste durino il meno possibile (l'obiettivo del medico, infatti, è di massimizzare il *numero* delle visite); sicché diventa razionale ridurre la prestazione medica alla prescrizione di medicinali (polivalenti, perché il fatto morboso non è stato studiato a fondo) e/o di esami specialistici, finché tale comportamento non scuote la relazione fiduciaria con il paziente.

Nell'ambito del sistema a quota capitaria l'obiettivo del medico diventa invece la massimizzazione del numero degli assistiti, il che comporta la minimizzazione del tempo dedicato a ciascuno, sempre entro il vincolo di mantenere la fiducia del paziente. Nella migliore delle ipotesi, ciò può produrre un'assistenza di ottima qualità, poiché il medico ha convenienza a curare sollecitamente e a mantenere l'assistito in buona salute, per evitare di dovergli dedicare maggiori cure in seguito. Nella peggiore, e più realistica, delle ipotesi, ne può derivare, invece, un rinvio sistematico a branche specialistiche; il che comporta, oltre che uno spreco di risorse, una inefficiente tutela della salute, nella misura in cui viene ad essere carente l'esame unitario delle condizioni del paziente, che il medico generico è chiamato a svolgere.

Per ragioni esposte altrove (Muraro, 1969, pp. 490-491), tra le due forme si preferisce quella a quota capitaria con opportuni correttivi. Comunque, la conclusione che qui interessa sottolineare e che abbraccia tutto il sistema sanitario e non solo il settore della medicina generica, è che non sembrano esistere attualmente meccanismi di controllo che siano in grado di assicurare insieme un efficiente uso delle risorse e una buona qualità delle prestazioni. In particolare, in relazione allo specifico argomento qui trattato, non appare possibile che il rapporto sanitario gratuito si liberi della presenza di una componente patologica nella lievitazione della quantità degli input reali per paziente.

4. *Cenni al possibile ruolo dei prezzi.*

Ciò induce a considerare, sia pure per cenni, il possibile ruolo dei prezzi come meccanismo di razionamento nel sistema sanitario. Ponendo come prioritario l'obiettivo di razionamento,

è chiaro che si cercherà di applicare i prezzi ai segmenti della domanda sanitaria dove maggiore è l'elasticità, al contrario di quanto si farebbe se prevalesse l'esigenza finanziaria pura. Occorre tuttavia prestare l'attenzione all'elasticità incrociata delle varie prestazioni sanitarie, che può comportare, in presenza di un prezzo non generalizzato, la sostituzione delle prestazioni colpite dal prezzo con cure gratuite che per l'operatore pubblico sono altrettanto o più costose, vanificando così gli obiettivi economici della manovra e probabilmente peggiorando i risultati sanitari (il che è esattamente quanto è successo, a detta di alcuni esperti, nel primo tentativo di introduzione del ticket sui medicinali in Italia).

Dall'altro lato, se per evitare tale risultato si generalizza il ticket, vengono colpiti anche i segmenti di domanda rigida rispetto al prezzo (ma elastica rispetto al reddito), con un odioso risultato distributivo e quindi con un elevato rischio di rigetto politico. E se per evitare quest'ultimo effetto si creano delle agevolazioni o esenzioni soggettive, si rende più complicato e costoso quel sistema di esazione, contabilità e controllo che deve accompagnare l'introduzione dei prezzi.

Bisogna poi tener conto degli effetti di lungo periodo e in particolare del rischio che la domanda eliminata oggi sia causa di un aggravamento dello stato di salute che comporterà domani un onere maggiore, oltre che un'immediata perdita di benessere.

Come si vede, le variabili in gioco sono parecchie e in nessun modo è possibile dire a priori e con validità universale se il risultato finale, in un'ottica di lungo periodo, sia o no positivo dal punto di vista del benessere sociale (9). Non si può dunque escludere che la decisione corretta vari nel tempo e nello spazio a seconda delle condizioni di contorno: livello di distribuzione del reddito, stato dell'educazione sanitaria, grado di efficienza della Pubblica Amministrazione, grado di sviluppo dei « freni morali » esistenti presso i pazienti stessi o presso gli operatori sanitari.

Il discorso sul razionamento si fa dunque ipotetico: conviene il ricorso a incentivi economici alla restrizione della domanda, se si verificano le seguenti condizioni:

---

(9) Vedi sull'argomento MAYNARD (1979) e BARILETTI (1981), ambedue attestati su una posizione di estrema cautela nei riguardi della proposta di razionamento mediante prezzi.

1) è poco probabile che, eliminando le richieste di cure per le quali gli individui sono disposti a pagare un basso prezzo, si deteriori lo stato di salute della popolazione; e ciò grazie alla diffusione dell'educazione sanitaria e soprattutto di un efficiente (e gratuito) sistema di controlli preventivi;

2) non si può realisticamente fare affidamento sull'autolimitazione degli assistiti né sul controllo operato dal medico, ad esempio per impedire lo spreco dei farmaci;

3) non si riconosce alcun particolare vantaggio — né dal punto di vista dell'equità né dal punto di vista sanitario — ad un sistema generalizzato di razionamento mediante « tempo », o perlomeno nessun vantaggio che non possa essere assicurato da qualche sistema di prezzi opportunamente adattato (Muraro, 1969, p. 499).

Si aggiunga che la ricerca empirica su questi temi, benché non più trascurabile e in rapida crescita, non sembra ancora consentire specificazioni e quantificazioni attendibili (10). Il che significa che di fatto la decisione deve ancora fare spazio all'intuito. Con tale doverosa precisazione, il nostro parere è che in Italia convenga introdurre un sistema abbastanza esteso di ticket: sui medicinali (quasi tutti), sulle visite del medico generico e dello specialista, sugli esami di laboratorio nonché, fino ad un certo limite, sulle stesse degenze ospedaliere. La proposta implica che siamo anche convinti che l'introduzione del ticket possa essere accompagnato da meccanismi fiscali in senso lato — dalla esenzione alla riduzione del prezzo, ai rimborsi — capaci di mantenere la spesa annuale massima di ciascun paziente entro una bassa percentuale del suo reddito e quindi di salvaguardare l'irreversibile conquista civile per cui ciascuno ottiene le necessarie cure mediche indipendentemente dal suo reddito; il tutto gestibile, pur nell'attuale situazione italiana, con costi, arbitri ed abusi di livello sopportabile.

Tale proposta, che intendiamo meglio illustrare in una prossima ricerca, non significa peraltro che i prezzi possano eliminare gli sforzi per l'educazione sanitaria, per le verifiche dell'amministrazione, per la consapevole autolimitazione del paziente, per un corretto comportamento dei medici. Si è infatti

---

(10) Vedi ancora la bibliografia citata in MAYNARD (1979) e BARILETTI (1981), nonché la rassegna critica di CAIRNS e SNELL (1978).

in un campo in cui l'ignoranza del consumatore, la scarsa concorrenza tra i produttori, il potere dell'offerta di creare in buona misura la domanda, ecc., sono fattori che impediscono una regolazione meramente economica. Per chiudere con le parole di Arrow (1968, p. 538), « i controlli extramercato, o internalizzati come princìpi morali o imposti dall'esterno, sono in qualche misura essenziali per l'efficienza ».

5. *Osservazioni finali e prospettive.*

Riepilogando, si è visto che l'eccezionale crescita della spesa sanitaria pubblica nei paesi industrializzati nel secondo dopoguerra è attribuibile ai seguenti fattori (di cui si riporta l'incidenza percentuale sulla crescita, calcolata come media dei dati di 8 paesi dell'OCSE, tra cui l'Italia):

1) aumento della popolazione garantita: 22 %;

2) aumento dell'uso medio di servizi sanitari pro-capite: 36 %;

3) aumento della percentuale di spesa pagata dall'operatore pubblico: 20 %;

4) variazione del costo per unità di servizio (come giorno di degenza, visita medica, ecc.): 22 %; a sua volta scomponibile in una leggera diminuzione degli input reali per unità di servizio e in un fortissimo aumento dei prezzi relativi nel settore ospedaliero e ambulatoriale, non sufficientemente contrastato dalla diminuzione dei prezzi relativi dei farmaci e dei beni medicali.

Di tali cause prossime della crescita abbiamo cercato di individuare le cause remote, che abbiamo ricondotto ad atteggiamenti collettivi, a leggi tecniche di crescita della produttività e dei prezzi ed infine ad alcuni elementi patologici di mancato controllo della domanda, quando addirittura non si tratti di creazione di domanda.

A conclusione, vogliamo tentare di formulare un giudizio finale sul fenomeno e insieme una previsione sulla sua ulteriore evoluzione.

Per quanto riguarda il processo di sostituzione della medicina pubblica a quella privata — processo che è stato alimentato dai fattori visti *sub* 1) e *sub* 3) e che conta per circa il

42 % della crescita della spesa sanitaria pubblica — riteniamo che esso sia stato positivo per il benessere sociale e che non sia fonte di preoccupazione per il futuro, poiché è un processo portato quasi a compimento nella maggior parte dei paesi industriali e praticamente in tutti quelli europei. Resta tuttavia il problema di ridurre la copertura pubblica integrale nella spesa sanitaria, come mezzo di parziale razionamento della domanda individuale.

Per quanto riguarda l'aumento dei prezzi relativi, da ascriversi interamente ai servizi e non ai materiali, si tratta di un fenomeno che giudichiamo inevitabile, perché non si vede come si possa portare la produttività del lavoro nel settore sanitario a crescere con un ritmo pari a quello medio del sistema economico. Importante è almeno che siano contrastate le richieste dei gruppi professionali più forti, come può fare, appunto, una forte organizzazione sanitaria pubblica che ha almeno il merito di trasformare in monopolio bilaterale quello che in un contesto di medicina privata sarebbe fatalmente un monopolio semplice a danno del paziente (11).

Infine, per quanto riguarda l'aumento dei servizi sanitari pro-capite, è ovvio che la sua crescita nel passato riflette in gran parte un effettivo arretrato di cure mediche e l'effetto desiderato della caduta delle barriere finanziarie poste in precedenza dalla medicina privata. Ma ai livelli attuali di reddito e di prestazioni sanitarie, si ha ragione di ritenere che un vasto segmento della domanda abbia una non irrilevante elasticità al prezzo. Ciò induce a suggerire di creare *anche* forme monetarie di razionamento, rese tanto più opportune in un paese come l'Italia in cui si profila una forte crescita numerica della classe medica ossia una forte crescita dell'offerta in un settore in cui l'offerta riesce a influenzare abbondantemente la domanda.

In un giudizio sintetico, riteniamo che i saggi di crescita del passato nella spesa sanitaria pubblica non dovrebbero ripetersi, ma la crescita può continuare a destare preoccupazioni se non si saprà controllare l'aumento dei servizi sanitari pro-capite.

---

(11) Cfr. Muraro (1969, pp. 452-457).

BIBLIOGRAFIA

K. J. ARROW (1968) *The Economics of Moral Hazard: Further Comment*, in « American Economic Review », pp. 537-538.

A. BARILETTI (1981), *Forme di razionamento per il controllo della spesa sanitaria*, in « Economia pubblica », n. 1-2, pp. 43-48.

W. J. BAUMOL (1967), *Macroeconomics of Unbalanced Growth: The Anatomy of Urban Crisis*, in « American Economic Review », n. 3, pp. 415-426 (tradotto in P. CECCARELLI, a cura di, *La crisi del governo urbano*, Marsilio, Venezia, 1978, pp. 85-99).

J. M. BUCHANAN (1965), *The Inconsistencies of the National Health Service*, I.E.A., Occasional Papers, London.

J. M. BUCHANAN (1967) *Public Finance in Democratic Process*, University of North Caroline Press, Chapel Hill.

J. M. BUCHANAN - G. TULLOCK (1962), *The Calculus of Consent*, The University of Michigan Press, Ann Arbor.

J. A. CAIRNS - M. SNELL (1978), *Prices and the Demand for Care*, in A. J. CULYER e K. G. WRIGHT (eds), *Economic Aspects of Health Services*, M. Robertson, London.

A. DOWNS (1957), *An Economic Theory of Democracy*, Harper & Bros., New York.

D. FAUSTO - M. LECCISOTTI (1980), *An Interpretation of Government Intervention in Health: The Italian Case*, in corso di pubblicazione negli Atti del World Congress on Health Economics Leyden, 1980.

I.I.P.F. (1978), *Public Choice and Public Finance*, Atti del Convegno di Amburgo dell'International Institute of Public Finance, editi a cura di W. ROSKAMP, Editions Cujas, Paris.

A. MAYNARD (1979), *Pricing, Insurance and the National Health Service*, in « Journal of Social Policy », vol. 8, n. 2, pp. 157-176.

G. MORCALDO - G. SALVEMINI (1978), *Struttura ed evoluzione della spesa sanitaria pubblica*, in « Rivista di politica economica », dic. 1978.

G. MURARO (1969), *Sistemi alternativi di organizzazione e finanziamento del settore sanitario e loro effetti sul benessere sociale*, in « Rivista internazionale di scienze sociali », pp. 439-508.

G. MURARO (1976), *Imposta personale e inflazione: un'analisi macroeconomica*, in E. GERELLI (a cura di), *Imposte e inflazione*, F. Angeli, Milano, pp. 155-199.

O.C.D.E. (1978), *Evolution des dépenses publiques*, Paris.

O.E.C.D. (1977), *Public Expenditure on Health*, Paris.