BIBLIOTECA MEDICA ROMANA
8.62
13

Dott. FERNANDO GAZZETTI

Principî teorici della mutualità

VII.

ECONOMIA DELLA PROFESSIONE SANITARIA

(Estratto da "Le Forze Sanitarie,, - Anno VIII, n. 10 del 31 maggio 1939-XVII)

BIBLIOTECA MEDICA ROMANA

STABILIMENTO TIP. « EUROPA » - ROMA, VIA S. MARIA DELL'ANIMA, 45

Dott. FERNANDO GAZZETTI

Principî teorici della mutualità

VII.

ECONOMIA DELLA PROFESSIONE SANITARIA

(Estratto da "Le Forze Sanitarie,, - Anno VIII, n. 10 del 31 maggio 1939-XVII)

STABILIMENTO TIP. « EUROPA » - ROMA, VIA S. MARIA DELL'ANIMA, 45

La tariffa nazionale delle prestazioni medico-chirurgiche, che venne esaminata e approvata in sede corporativa, essendo stata *contrattata* dai rappresentanti dell'Associazione sindacale dei medici e dai rappresentanti di quasi tutti i probabili clienti — parteciparono alle riunioni i delegati di tutte le altre associazioni sindacali, del Direttorio del P. N. F. e della Sanità Pubblica — potrebbe apparire come « un salario corporativo »: in effetti essa è risultata superiore, dato che vennero meno, ad un certo punto, le resistenze delle altre associazioni dopochè si stabilì che la tariffa non sarebbe stata applicata nei confronti dei mutuati. Si tratta quindi di un compromesso tra onorario monopolistico e salario corporativo.

Comunque essa, come tutte le tariffe uniche, è alta e bassa nello stesso tempo, anche se, secondo il parere di chi la preparò, avrebbe dovuto costituire il livello, sotto al quale il medico non avrebbe potuto discendere senza compromettersi « moralmente ».

E' necessario *cartellizzare la professione?* Bisogna dimostrarlo; ma soggiungiamo subito che i provvedimenti presi sono stati inefficaci, poichè una tariffa presuppone — oltre il potere di farla rispettare — il contingentamento dell'offerta, perchè altrimenti ogni aumento di offerta genererà concorrenza, distruggerà cioè la tariffa, specie sotto l'impulso dei nuovi venuti, che trovano proprio nella concorrenza l'unico mezzo per affermarsi professionalmente.

Vediamo ora di dimostrare la necessità di cartellizzare la professione.

La curva di offerta è rigida, la curva di domanda elastica, quindi sensibile alle variazioni dei prezzi.

Partiamo da una posizione di equilibrio, in cui ad un dato prezzo, la domanda e l'offerta si equilibrino, permettendo un « normale » sviluppo della professione, nel senso che il reddito copre tutti i costi inerenti all'esercizio professionale, e rende qualche cosa in più per compensare il lavoro personale dei medici, assicurando ad essi un soddisfacente livello di vita.

Se la domanda di assistenza cade per un sopraggiunto peggioramento delle condizioni generali dell'economia, o se gli onorari cadono per effetto di nuova concorrenza (arrivo sul mercato di nuovi medici) l'equilibrio è rotto, poichè nel primo caso occorrerà abbassare gli onorari per le visite per avere un lavoro professionale eguale al precedente, ma si avrà una perdita per la categoria considerata come un tutto: nel secondo caso, se i nuovi medici intendono prestare la loro opera agli onorari correnti, il flusso del reddito della classe dovrà essere ripartito tra più numerose individualità, e perciò l'equilibrio sarà rotto. Se la nuova offerta — il che è più probabile — muoverà concorrenza, si avrà un danno maggiore, in quanto l'eventuale maggior lavoro per gli onorari abbassati, non compenserà certamente le perdite dovute alle prestazioni pagate con più bassa remunerazione, e alla suddivisione del flusso del reddito tra un maggior numero dei medici. La situazione è aggravata dal fatto che abbiamo ricordato precedentemente che cioè la concorrenza sfrenata tende ad abbassare l'onorario delle visite, al disotto del *presunto* costo unitario, e precisamente al livello del costo differenziale di ciascuna di esse, cioè senza la quota-parte di spese generali.

Ma c'è di più: qualcuno potrebbe suggerire che in siffatte circostanze basterebbe elevare le tariffe. A parte quello già detto sulle difficoltà di ordine pratico che l'applicazione di una tariffa incontra, aggiungeremo subito che questo mezzo non riuscirebbe a ricomporre l'equilibrio, per il semplice fatto che l'aumento di tariffa, nel primo e nel secondo caso, farà precipitare ancor più la domanda che è elastica, cioè sensi-

Vedi « Le Forze Sanitarie », 1938, fascicoli n. 23 e 24; 1939, fascicoli 1, 2, 3 e 8.

bile, alle variazioni dei prezzi: quindi contrarrà il lavoro professionale. Queste manovre sono possibili solamente là dove la domanda è rigida, o per lo meno poco elastica.

Resterebbe l'unico efficiente provvedimento, quello della diminuzione della offerta. La concorrenza automaticamente s'incarica dell'eliminazione dei vinti negli altri settori — ma qui, come abbiamo visto, quest'eliminazione non avviene. Perciò si crea una situazione insostenibile, per il fatto che il reddito globale della categoria non copre i costi costanti di essa.

Da ciò deriva come unica via d'uscita la necessità di cartellizzare la professione — cioè adottare e fare rispettare una tariffa e contingentare l'offerta, ma in via preventiva, mediante l'adozione dell'albo semichiuso.

Gli onorari professionali saranno così fissati dal Sindacato, monopolisticamente. Ma a sentire monopolio, qualche superficiale potrebbe essere indotto a pensare che qui si proponga lo strozzamento economico degli ammalati da parte della categoria dei medici, in quanto il monopolio evoca nella mente del profano profitti da strozzinaggio, sfruttamento e manomissione di legittimi interessi. Niente di tutto questo. Premesso che molte industrie in Italia e nel mondo, si trovano in tali condizioni (non ultime le aziende industriali dello Stato, come le Ferrovie e le aziende municipalizzate) nel caso nostro non si addiverrebbe ad un « monopolio assoluto », bensì ad un monopolio discriminatore che discende proprio dalle condizioni dell'offerta. Discriminazione che anzichè portare ad una contrazione della domanda di assistenza, potrebbe estenderla, con vantaggio dei medici e degli ammalati, e in armonia con le esigenze della politica sanitaria dello Stato.

E' evidente — sono queste nozioni elementari di economia — che il passaggio da un regime di libera concorrenza a quello di monopolio segna una distruzione di ricchezza poichè l'aumento di prezzo genera contrazione della domanda, e perciò riduce la produzione. Anche nel caso della domanda di assistenza si avrebbero questi inconvenienti se si adottasse una tariffa unica. Anzi proprio l'introduzione di una tariffa unica (cioè l'introduzione di un regime di monopolio assoluto nella professione medica) ha costituito l'elemento di debolezza di tutte le ricordate iniziative. Infatti l'aumento degli onorari è stato, in genere, così alto da provocare una contrazione più che proporzionale della domanda di assistenza. In base alle tariffe sarebbe stata anche esclusa una larga parte della popolazione dell'assistenza sanitaria, in quanto non era in grado di pagarsela ai nuovi prezzi: in tal modo il vantaggio di una tariffa alta veniva ad essere annullata dalla contrazione di lavoro professionale: per la qualcosa la concorrenza, cacciata dalla porta, finiva per rientrare dalla finestra. Il risorgere della concorrenza, infatti, dopo l'adozione della tariffa, era, economicamente, favorito da due condizioni di cose:

1) i costi che incontra un medico per l'attrezzatura tecnica necessaria all'esercizio professionale sono *costanti*. Inoltre i costi del suo stesso livello di vita che debbono essere coperti con il reddito professionale, sono, tranne alcune voci, *costanti* (1). Se il reddito derivante al medico dal lavoro professionale eseguito sia pure a tariffa più alta, ma per ciò stesso ridotto, lasciava le cose — ma forse le peggiorava — allo *statu quo ante* è poco probabile che egli rifiutasse l'assistenza sanitaria a coloro che l'avrebbero pagata sotto il livello della tariffa;

2) chiarito che i costi professionali sono costanti, una volta che questi erano coperti con il lavoro retribuito in base agli onorari di tariffa, il medico trovava conveniente provocare una domanda addizionale di assistenza praticando prezzi più bassi, poichè il reddito derivantegli da questo lavoro supplementare era quasi del tutto netto, in quanto bastava che pagasse i costi specifici di esso.

Facciamo un esempio e supponiamo che dieci clienti, in base alla tariffa richiedano l'assistenza di uno specialista in odontoiatria, o di un medico generico, e che il reddito così avuto sia sufficiente a coprire le spese generali del gabinetto o dell'ambulatorio. Dato che queste spese generali (pigione, inservienti, luce, tasse, quota di ammortamento dell'attrezzatura tecnica, ecc.) restano le stesse sia che vengano curati dieci o venti clienti; per l'odontoiatra o per il medico generico il lavoro supplementare che si può

(1) Vedi a questo proposito la nostra pubblicazione « Economia del declino demografico », cap. III. Roma, Casa Editrice Mediterranea.

ottenere apportando riduzione agli onorari della tariffa sarà remunerativo solo che renda qualcosa di più del costo imputabile all'assistenza di ciascun cliente, cioè nel caso del dentista del costo dei materiali di protesi e nel caso del medico generico, del costo specifico di una visita (senza, cioè, la quota parte di spese generali) nel proprio ambulatorio, cioè praticamente nulla, e in caso di visite a domicilio del malato, del costo imputabile a esse per il trasporto: il che è relativamente poco.

Va da sè che il medico è spinto ancor più a provocare questa domanda addizionale di assistenza con più bassi onorari, se il lavoro professionale eseguito in base alla tariffa, non copre le sue spese generali e non retribuisce la sua opera professionale.

Ma ecco che la concorrenza risorge, per la impossibilità di tener distinte le due classi di affari. Infatti un cliente che paga l'assistenza di un medico, in base alla tariffa, trova conveniente rivolgersi ad un altro medico, disposto ad annoverare la domanda del nuovo cliente tra la classe del lavoro addizionale a tariffa discriminata. Il movimento perciò si propaga e alla lunga si ritorna ad un regime di libera concorrenza.

Ma fin qui abbiamo implicitamente supposto che sia possibile e lecita l'esclusione di una parte della popolazione dall'assistenza sanitaria. I medici stessi avranno per primi, avvertito ciò che di teorico v'era nella proposta, anche se giustificata dal punto di vista dei loro interessi economici. Invece le tradizioni della categoria sono in questo senso nobilissime, ed è noto a tutti che i medici, richiesti di prestare la loro opera, accorrono sempre, a dispetto di tutte le tariffe, dovunque v'è un dolore da lenire e una speranza da ravvivare. D'altra parte sarebbe possibile, non dico giuridicamente, ma praticamente, specie nel nostro tempo fascista, che un medico rifiuti d'andare al capezzale di un malato?

Perciò occorre cambiare strada. Chiarito:

a) che il regime di libera concorrenza è in contrasto con le esigenze d'un normale svolgimento della professione di medico, data la rigidità dell'offerta di lavoro, che genera la concorrenza sfrenata, cioè fa scendere gli onorari professionali al disotto del costo medio delle visite;

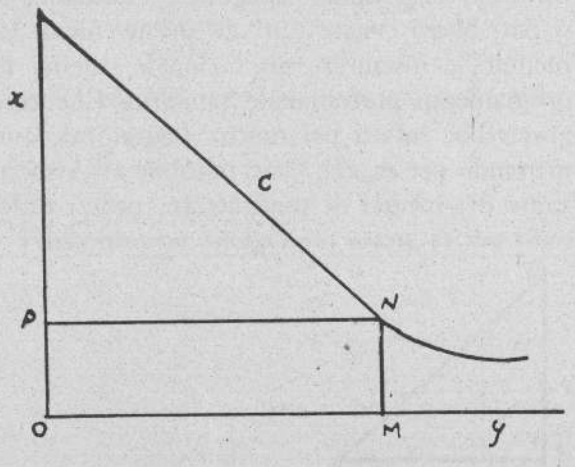
b) che una tariffa unica, oltre a non risolvere il problema dell'efficienza dei servizi assistenziali dal punto di vista degli interessi dei medici stessi, è praticamente inattuabile;

c) che la tariffa unica escluderebbe larga parte della popolazione dall'assistenza sanitaria, e farebbe contrarre la domanda in tutti i settori;

d) che è necessario *cartellizzare* la categoria, mettendola in condizione di esercitare un monopolio discriminatore, possiamo concludere che questo monopolio discriminatore è attuabile soltanto in regime mutualistico nel quale venendo meno i rapporti diretti tra medici e clienti, in quanto si sostituisce a questi ultimi l'ente mutualistico, la libera concorrenza può essere praticamente abolita. Infatti l'ente mutualistico può dividere gli assistiti in categorie, a seconda del contributo.

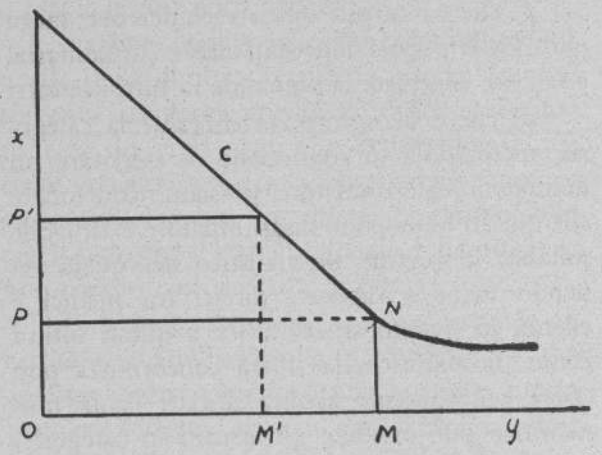
Vediamo ora che cosa succederebbe nel passaggio da un regime di libera concorrenza a quello di monopolio discriminatore: e a tale scopo ricorriamo ai noti assi cartesiani, di facile comprensione anche per coloro che non sono al livello intellettuale dei medici:

Si segnino sull'asse dell'ascisse le quantità (lavoro professionale) e sull'asse delle ordinate i prezzi (onorari). Sia *C* la curva di domanda dell'assistenza sanitaria. Se in regime di libera concorrenza, abbiamo al prezzo (onorario) *OP* la quantità *OM* di assistenza esplicata.



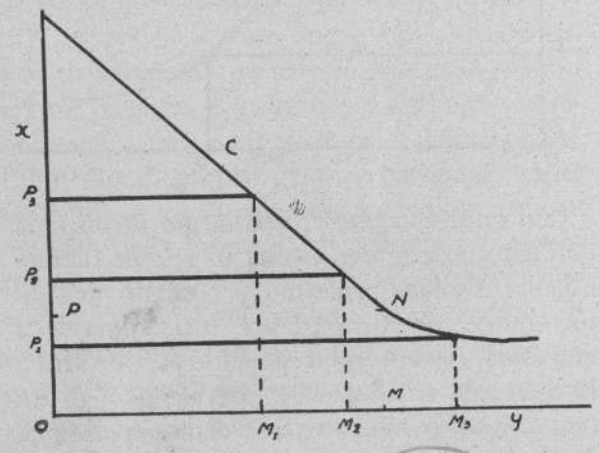
Con l'introduzione di una tariffa predisposta dall'Associazione dei medici in regime di monopolio assoluto avremmo per effetto dell'aumento degli onorari da *P* a *P'* una caduta della domanda (lavoro professionale) pari a *MM'*: la domanda si ridurrebbe, per esempio, di un terzo. In tal modo una parte della popolazione

qualche settore si avrebbe una insufficienza di sarebbe esclusa dall'assistenza sanitaria, e in assistenza. Primo inconveniente.



D'altra parte, per essere i costi professionali costanti, deriva che riducendo l'assistenza da *M* a *M'*, la categoria viene a sopportare *quasi* interamente i primitivi costi inerenti alle quantità di assistenza *OM*, per la qual cosa, il ridotto lavoro professionale è pagato bensì più alto, ma costa anche di più. Quindi è dubbio anche se la categoria guadagnerebbe dal passaggio dal regime di libera concorrenza a quello di monopolio assoluto.

Ma se fosse possibile dividere i probabili clienti in due o più classi e mantenere la distinzione tra queste classi — e noi abbiamo già detto come ciò sia possibile in regime di mutualità — si potrebbero evitare tutti gli inconvenienti lamentati, e instaurare un razionale sistema di ordinamento professionale sanitario. Che cosa avverrebbe infatti nel nostro diagramma, ammettendo per es. che fosse possibile all'Associazione dei medici di praticare tre prezzi differenti per la stessa prestazione professionale?



Supponiamo che *OM* sia la quantità di assistenza richiesta in base ai prezzi determinati in regime di libera concorrenza: col passaggio al regime di monopolio discriminatore abbiamo:

1) che le categorie a più alto reddito, cioè la clientela OM_1, e in maniera più esigua quella $M_1 M_2$ contribuiscono all'assistenza delle categorie più umili, cioè della clientela $M_2 M_3$, che in regime di libera concorrenza viene quasi interamente esclusa dall'assistenza sanitaria perchè non in grado di pagarsela. Infatti sulle visite fatte alla clientela più ricca verrebbe caricata una maggior quota-parte di spese generali;

2) un più efficiente servizio di assistenza sanitaria, sia dal punto di vista degli interessi economici e morali dei medici che degli ammalati;

3) un contributo veramente efficace alla lotta contro l'alta mortalità.

Naturalmente questa sistemazione, a lungo andare, non potrebbe risolvere il problema, se non venisse, contemporaneamente, adottata l'altra iniziativa dell'*albo regolato*: in altri termini se l'ente monopolizzatore, cioè il Sindacato non avesse i poteri di regolare l'immissione di nuovi medici nell'albo professionale.

Infatti se, per ipotesi, l'offerta di lavoro *raddoppiasse* — a parità di domanda di assistenza sanitaria — i costi della classe considerata come un tutto, si eleverebbero e probabilmente raddoppierebbero, con il risultato che l'equilibrio raggiunto sarebbe al fine rotto, per cui o si ritornerebbe ad un regime di libera concorrenza o si avrebbe una forte disoccupazione. Esperienze di questo genere non sono state infrequenti nelle cronache dei cartelli.

Aggiungiamo subito per troncare, allo stato nascente, una facile obiezione, che la discriminazione di tariffe, cioè la suddivisione della clientela in categorie che in regime di libera concorrenza è impossibile, verrebbe fatta in regime mutualistico in base a considerazioni di ordine pratico, riferendosi all'entità dei contributi assistenziali di ciascuna categoria.

Ne è da temersi, per i motivi che appresso vedremo, che, per il fatto che la domanda di assistenza diventa anelastica in regime mutualistico, si verifichi un indebito arricchimento della categoria dei medici-chirurghi.

59014