

La Germania, von Bismarck e Sir Beveridge

Enrico Valletta

Dipartimento Materno-Infantile, AUSL della Romagna, Forlì

“The Security Plan of my Report proposes, first, a unified social insurance system under which by paying a single weekly contribution through one insurance stamp everyone will be able to get all the benefits that he or his family need so long as they need them.”

Beveridge J. Beveridge and his plan. 1954, p 115

Il mondo dei servizi sanitari nazionali europei (e non solo) è in una fase di transizione che coinvolge pesantemente i Paesi economicamente più fragili, ma non risparmia neppure le nazioni tradizionalmente più “solide”.

Recenti contributi dell’OMS¹ e dell’OECD², ripresi da alcuni osservatori nazionali^{3,4}, analizzano quanto sta avvenendo nel sistema sanitario della Germania, toccando interessanti aspetti di politica ed economia sanitarie, di organizzazione delle strutture e dei professionisti nonché di interventi per una gestione più etica e sostenibile dei rapporti con l’industria farmaceutica⁵.

La Germania ha una spesa sanitaria pari all’11,3% del Prodotto Interno Lordo (PIL), il terzo più elevato in Europa (**figura 1**)⁶. L’aspettativa di vita alla nascita di un cittadino tedesco (80,8 anni) è di poco superiore alla media OECD (80,2), ma inferiore di quasi due anni (82,7) a quella italiana e comunque si situa al 18° posto nella graduatoria dei 34 Paesi OECD. Anche la Germania subisce la stretta della crisi e, tuttavia, l’andamento della spesa sanitaria negli anni 2011-2013 mantiene un segno positivo (+1%), laddove Italia, Spagna, Portogallo e Grecia sono ampiamente (-2/-10%) in saldo negativo.

Il sistema sanitario tedesco offre una gamma molto ampia di servizi: nel 2012 i posti letto ospedalieri erano 8,3/1000 abitanti (Italia 3,4/1000; media OECD 4,8/1000), il rate di ricoveri ospedalieri era oltre il doppio di quello italiano e una volta e mezzo la media OECD, gli infermieri 11,4/1000 (Italia 6,3; media OECD 8,7)⁷.

Nonostante i consistenti investimenti, l’opulenza dell’offerta e la buona efficien-

za del sistema (corte liste d’attesa e soddisfazione dell’utenza), tutti i maggiori indicatori di salute situano la Germania attorno alla media dei Paesi OECD.

Il settore delle cure primarie è caratterizzato da una riconosciuta debolezza strutturale e solo dal 2002 il sistema sanitario ha iniziato a dotarsi di programmi e percorsi di assistenza per le malattie croniche e per le principali patologie come diabete, tumore della mammella, cardiopatia ischemica, asma e BPCO.

von Bismarck, Sir Beveridge e i sistemi sanitari

Se escludiamo gli USA il cui sistema sanitario è a carattere essenzialmente privatistico, gli altri paesi OECD adottano due modelli concettualmente distinti (**box 1**)⁸. Il modello Beveridge (o pubblico), che concepisce un servizio sanitario nazionale finanziato attraverso una quota della fiscalità generale (*tax-financed*) con un’importante funzione di “filtro” (*gatekeeping*) assegnata ai medici delle cure primarie e una particolare attenzione ai temi della sanità pubblica. È un sistema di gestione sanitaria a carattere universalistico che richiede ai cittadi-

ni una partecipazione proporzionale al proprio reddito garantendo a ciascuno, indipendentemente dalla capacità contributiva, un’assistenza adeguata alle sue necessità.

Il modello Bismarck (o misto) è fondamentalmente un sistema mutualistico che si basa sull’adesione obbligatoria dei cittadini a sistemi di assicurazione sociale (casce mutue) che vedono la presenza di attori pubblici e privati.

Lo stato centrale definisce le regole che governano il sistema e sono le mutue che contrattano e acquistano le prestazioni ambulatoriali e ospedaliere per i propri assistiti. Italia (dopo il 1978), Gran Bretagna, Spagna e Paesi del Nord Europa si ispirano al modello Beveridge, mentre Germania, Francia e altri Paesi dell’Europa centro-orientale adottano il sistema Bismarck di assicurazione sociale⁸.

Nel corso degli ultimi 40 anni, 8 Paesi OECD (tra cui l’Italia) sono transitati da un sistema Bismarck a uno Beveridge, mentre solo 4 nazioni (tutte dell’Est Europa nel periodo post-comunista) hanno compiuto il percorso inverso.

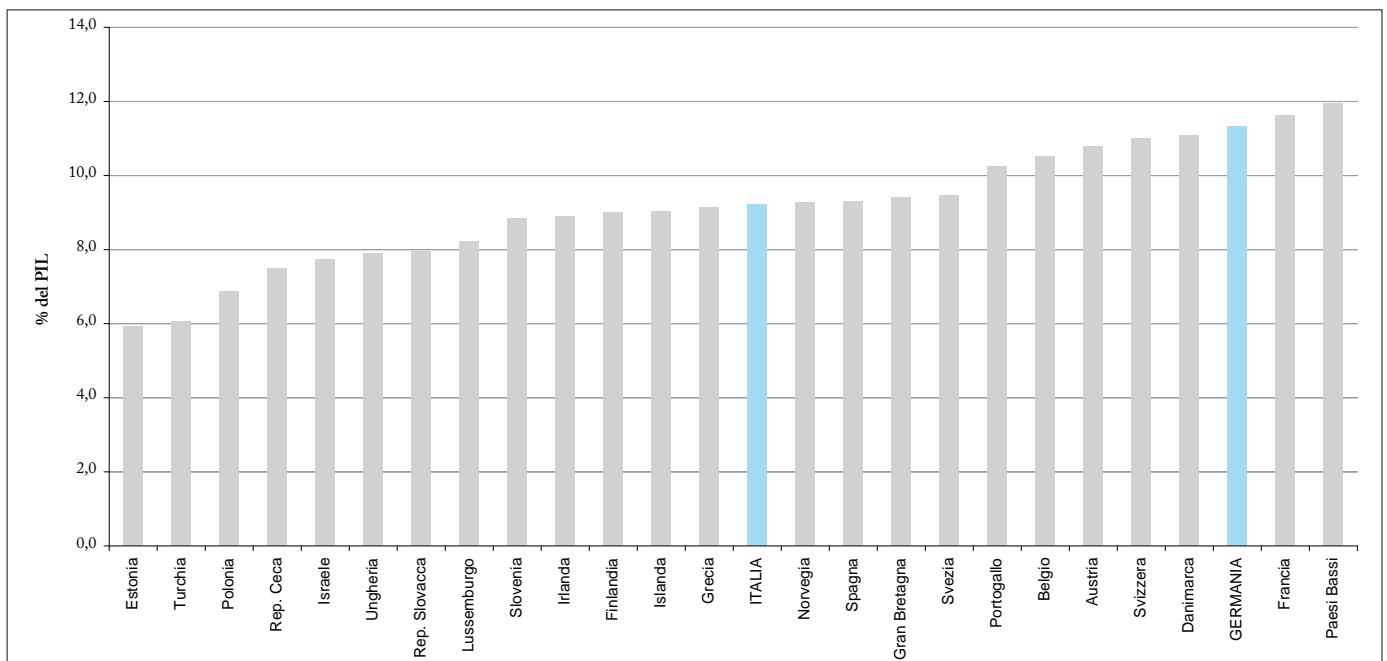
Gli esperti di economia sanitaria segnalano che, in linea generale, i sistemi sanitari mutualistici richiedono il 3-4% in più di spesa pro capite rispetto ai sistemi *tax-financed*, riducono dell’8-10% la quota specifica di posti di lavoro e del 6% il livello complessivo di occupazione⁸. L’accessibilità dei cittadini alle cure è sostanzialmente universale per entrambi i modelli sanitari, con una copertura garantita al 100% dai sistemi sanitari pubblici mentre nei sistemi misti la copertura

box 1

Otto von Bismarck (1815-1898), cancelliere prussiano che nel 1891 introduce le prime misure di un moderno stato sociale, incentrato su principi di tipo assicurativo a protezione dei lavoratori e delle loro famiglie nei confronti di malattia, invalidità e disoccupazione.

Sir William Beveridge (1879-1963), economista britannico che nel 1942 presenta al governo inglese un piano di welfare basato, tra l’altro, su un’assistenza sanitaria generalizzata e gratuita per tutti (indipendentemente dal reddito) e di previdenza nell’eventualità di disoccupazione, vecchiaia e morte. Una copertura sociale e sanitaria che va “dalla culla alla tomba” (*from the cradle to the grave*).

figura 1

Spesa sanitaria in percentuale del PIL nei Paesi europei appartenenti all'OECD (modificato da voce bibliografica⁶)

totale (o quasi) è raggiunta grazie a una quota di assistenza privata a carico dei cittadini che possono permettersi questa opportunità. Il minor costo dei sistemi pubblici non sembra determinare una minore qualità dei servizi erogati, anche in termini di outcome misurabili⁷.

Tornando alla Germania

In Germania i cittadini hanno l'obbligo di essere assicurati: il 90% lo è con una delle 132 assicurazioni sociali esistenti o altra cassa mutua speciale e il 10% circa con un'assicurazione privata.

Le assicurazioni acquistano su base regionale (i Länder) le prestazioni ambulatoriali e ospedaliere negoziandole con le associazioni dei medici e con gli ospedali. I Länder finanziano le strutture hard del sistema (ospedali, attrezzature, convenzioni specialistiche) indirizzandone e controllandone l'utilizzo e la qualità. In pratica, gli utenti possono rivolgersi indifferentemente al medico di famiglia (46% degli oltre 120.000 medici accreditati con le mutue) o allo specialista (il restante 54%), rendendo di fatto problematica quella funzione di "filtro" che, altrove, i sistemi pubblici conferiscono alla medicina delle cure primarie.

Interventi correttivi, negli ultimi 10 anni, hanno cercato di assegnare un ruolo privilegiato alla figura del medico di fiducia come *gatekeeper* nei confronti dei livelli di cura più complessi ed è stato dato crescente impulso alla strutturazione di

percorsi assistenziali per le malattie croniche più diffuse. Interessante e del tutto recente è il provvedimento che dal 2011 ha rivoluzionato il mercato farmaceutico tedesco, legando il prezzo dei nuovi farmaci introdotti in commercio (e quindi la rimborsabilità da parte delle assicurazioni sociali) a una valutazione della loro maggiore efficacia rispetto a quelli analoghi già disponibili⁹. Se il nuovo farmaco viene giudicato innovativo, il prezzo sul mercato viene prima concordato con la ditta produttrice e quindi autorizzato. Se l'efficacia è paragonabile a un prodotto già esistente, il suo prezzo sarà analogo. Questo provvedimento ha da un lato introdotto un forte controllo sulla spesa farmaceutica che appariva in costante e preoccupante crescita, dall'altro ha rappresentato uno stimolo per l'industria farmaceutica a concentrare i propri sforzi su molecole effettivamente innovative. Se nel 2010 il 65% dei farmaci approvati era stato giudicato non innovativo, nel 2011 la quota di queste molecole era già scesa al 35%⁵. La Germania è uno dei più grandi produttori mondiali di farmaci e uno dei mercati di riferimento per l'Europa e la sua politica influenzerà certamente anche gli altri mercati nazionali. È stato calcolato infatti che per ogni euro di riduzione del prezzo in Germania, il prezzo in Austria e in Italia diminuisce rispettivamente di 0,15 e 0,36 euro¹⁰.

Corrispondenza

enrico.valletta@auslromagna.it

1. Busse R, Blümel M. Germany: health system review. *Health Systems in Transition* 2014;16:1-296.

2. OECD Health Statistics 2014. How does Germany compare? www.oecd.org/health/healthdata.

3. Bellini I. Il sistema sanitario tedesco. www.saluteinternazionale.info.

4. Maciocco G. Chronic care model in salsa tedesca. www.saluteinternazionale.info.

5. Stafford N. Only 3 in 20 new drugs approved in Germany in 2011 were an improvement, report says. *BMJ* 2014; 348:g2657.

6. OECD Health Statistics 2014. www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm.

7. Lameire N, Joffe P, Wiedemann M. Healthcare systems – an international review: an overview. *Nephrol Dial Transplant* 1999;14:3-9.

8. Wagstaff A. Social health insurance vs. tax-financed health systems – Evidence from the OECD. The World Bank, Policy Research Working Paper 4821, 2009.

9. Henschke C, Sundmacher L, Busse R. Structural changes in the German pharmaceutical market: price setting mechanisms based on the early benefit evaluation. *Health Policy* 2013;109:263-9.

10. Stargardt T, Schreyögg J. Impact of cross-reference pricing on pharmaceutical prices: manufacturers' pricing strategies and price regulation. *Appl Health Econ Health Policy* 2006;5:235-47.