

✘ Irene Bellini

La Germania spende molto per la sanità, ma più ancora produce un'enorme quantità di servizi, con un basso livello di spesa diretta da parte dei pazienti. Ciò dimostra che ci troviamo di fronte a un sistema tecnicamente efficiente. Ma non è tutto oro quello che riluce.

Per capire il funzionamento del sistema sanitario tedesco bisogna andare indietro nel tempo, fino al 18 gennaio 1871, quando nasce l'impero tedesco, o **Deutsches Kaiserreich**, il Secondo Reich, in seguito alle guerre austro-prussiane e franco-prussiane, terminate entrambe con la vittoria della Germania. Segue un periodo caratterizzato da una forte paura da parte delle monarchie dei vari stati, che la Rivoluzione Francese si ripeta anche in Germania. Il nazionalismo tedesco si sposta rapidamente dal suo carattere liberale e democratico del 1848 alla *Realpolitik* autoritaria di Otto von Bismarck, che utilizza l'approccio "del bastone e della carota". Il movimento socialista è messo al bando, ma viene creato uno stato sociale particolarmente avanzato, basato sulle assicurazioni sociali obbligatorie, finanziato con i contributi delle imprese e dei lavoratori. Nel 1883 viene istituita l'assicurazione contro le malattie, nel 1884 quella contro gli infortuni sul lavoro, nel 1889 vengono istituite le pensioni d'invalidità e di vecchiaia[1].

Si creò così quello che all'epoca era il sistema di welfare più avanzato del mondo. Un modello (modello Bismarck) che fece scuola, fin dagli inizi del XX secolo, adottato in gran parte dei paesi industrializzati e tutt'ora esistente in Germania e in altri paesi. Un modello costoso, come possiamo vedere dalla **Figura 1**, dove - dopo gli USA - **nella graduatoria OCSE riguardo alla % di PIL destinato alla sanità (anno 2012) compaiono tutti paesi appartenenti al modello Bismarck, con la Germania al 5° posto con l'11,3%**. Mentre i paesi con finanziamento basato sulla fiscalità generale (modello Beveridge), dai paesi scandinavi alla Gran Bretagna all'Italia, registrano mediamente due punti percentuali di PIL in meno [1, 2, 17].

Lo stesso dicasi per la spesa sanitaria pro-capite che in Germania nel 2012 è di 4.811 dollari (di cui 3.651\$ - 75,9% - spesa sanitaria pubblica). Una spesa molto inferiore a quella USA (8.745\$), ma molto superiore alla media OCSE (3.484\$), a quella della Gran Bretagna (3.289\$) e dell'Italia (3.209\$)[2, 17].

A seguito della crisi finanziaria del 2008 la Germania, al pari della media dei paesi OCSE, ha registrato un forte rallentamento della crescita annuale della spesa sanitaria che dal +4%

del 2008 è passata a un po' meno del +1% (vedi **Figura 2**), mentre altri paesi dell'Europa meridionale hanno subito una netta riduzione delle risorse disponibili in termini reali: Spagna -2%, Italia -3%, Portogallo -6%, Grecia -10%.

Le Figure 1 e 2 sono tratte dal documento dell'OCSE "*OECD Health Statistics 2014. How does Germany compare?*" (allegato, vedi **Risorse**. Il documento contiene una serie di dati sanitari e di spesa).

Figura 1. Spesa sanitaria, pubblica e privata, come % del PIL. Paesi OCSE, 2012



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Figura 2. Tasso di crescita annuale della spesa sanitaria 2005-2013. Germania e media paesi OCSE



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Il sistema delle assicurazioni

La popolazione tedesca consta di 81.8 milioni di cittadini. **L'85% di essi sono iscritti a una delle 132 assicurazioni sociali "obbligatorie" (Krankenkassen)**. Si tratta di assicurazioni "non profit", "casce mutue", non definibili pubbliche, ma neppure private. Fino al 1996 l'iscrizione era collegata alla professione; dopo di allora c'è stata la liberalizzazione e quindi la possibilità di scelta tra le diverse assicurazioni in concorrenza tra loro per contributo ed eventuali offerti ai propri iscritti[7].

L'obbligo di iscrizione riguarda tutti i dipendenti (e i loro familiari a carico) con un reddito mensile lordo pari o inferiore a 4.462,60 euro. E' lo stato stesso che paga, tramite finanziamenti specifici ai Länder, per l'assistenza dei disabili, dei disoccupati, dei minorenni o per le categorie che altrimenti non possono iscriversi alle assicurazioni.

Il contributo versato alle *krankenassen* varia in relazione al reddito del dipendente e corrisponde al 15,5 % dello stipendio mensile (il 53% del quale a carico del dipendente e il 47% a carico del datore di lavoro). In tal modo viene applicata una perequazione finanziaria compensando la diversa capacità contributiva degli iscritti: ognuno paga proporzionalmente a seconda del proprio reddito. Il contributo dei dipendenti e delle imprese è cresciuto negli ultimi 15 anni passando dal 13,6% del 1998 all'attuale 15,5% del reddito mensile. **Al contributo mensile si aggiungono dei supplementi (Zuzahlungen)**: si devono versare 10 € ogni tre mesi per usufruire delle visite mediche con tutti i medici convenzionati con le

casce mutue, e successivamente ogniqualvolta che si usufruisce di una visita del medico o del dentista (tra quelle coperte dall'assicurazione) si deve pagare una tassa di 10 € (questa "Praxisgebühr" ha portato a una riduzione osservata del 10% degli accessi). Anche per le medicine si paga il 10% del prezzo e per i ricoveri ospedalieri 10 € al giorno. Attualmente è stato fissato un limite annuo per le spese aggiuntive (in generale il 2% del reddito annuo, l'1% per chi usufruisce di una cura continuativa a causa di una grave malattia cronica), e chi lo supera viene rimborsato dalla propria assicurazione. I minorenni non pagano nessuna spesa aggiuntiva[4, 17].

In Germania vige l'obbligo di essere assicurati; coloro che presentano un reddito mensile superiore a 4.462,60 euro possono decidere di iscriversi alle assicurazioni private (Private Krankenversicherung-PKV), anziché a quelle sociali. Le assicurazioni private, a differenza delle casce mutue in cui il contributo dipende dal reddito, calcolano il premio a seconda del rischio personale (infatti, è prevista un'accurata visita medica prima di iscriversi). Le assicurazioni private offrono spesso un servizio superiore delle assicurazioni sociali, pagano meglio i medici, e offrono rimborsi anche per i ricoveri nelle cliniche private non convenzionate. Per i giovani con uno stipendio alto e senza problema di salute il contributo per le casce private costa spesso molto di meno[4]; con l'avanzare dell'età la polizza assicurativa è più cara, ma - anche in caso di malattie gravi - non può superare determinati livelli standard (per questo motivo si chiede alle assicurazioni di creare, con i risparmi quando uno è giovane, un capitale di riserva). Sono **9 milioni, pari all'11% della popolazione coloro che sono assicurati privatamente.** Il ricorso a assicurazioni private può avvenire anche a scopo complementare per coloro che sono iscritti alle *Krankenkassen* (sono circa 23 milioni). Il motivo principale è quello di allargare la tutela economica in caso di malattia o di ospedalizzazione[17].

Il restante 4% della popolazione è rappresentato da persone che ottengono la copertura assicurativa attraverso canali speciali, come i militari o i soggetti con status di rifugiato[17].

Il finanziamento del sistema sanitario tedesco è principalmente basato sul gettito delle assicurazioni sociali obbligatorie (57%) e delle assicurazioni private (9%), questo è integrato da altre fonti (**Figura 3**).

Figura 3. Finanziamento del sistema sanitario tedesco, 2014



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

L'organizzazione sanitaria

Lo Stato centrale non è coinvolto nel sistema sanitario né come finanziatore, né come gestore, né come proprietario di aziende di produzione sanitarie (salvo eccezioni di dettaglio, come ad esempio gli ospedali militari). Esso però governa complessivamente il sistema, definendo le regole entro cui gli attori possono muoversi. Le mutue e le associazioni dei medici operano all'interno di regole amministrative modificabili solo dallo Stato centrale, così come sono regolate da leggi le relazioni tra i diversi attori del sistema.

Sebbene le politiche sanitarie generali per il paese siano decise dallo Stato Centrale, la gestione ed il finanziamento del sistema avvengono a livello regionale, dove operano tre istituzioni: il Land (attraverso il proprio ministero della sanità), le mutue, le associazioni dei medici convenzionati e degli ospedali.

Sono i singoli Länder che programmano e finanziano gli investimenti e le infrastrutture (ospedali, reparti, attrezzature, accessi alle convenzioni e formazione specialistica), accreditano i volumi di produzione, finanziano i sistemi di integrazione ospedale-territorio ed effettuano il controllo di legittimità: possono ad esempio controllare l'attività dei medici e orientarne i comportamenti prescrittivi verso i farmaci meno costosi ed effettuare una sorveglianza sulla qualità dell'assistenza ospedaliera.

Le **casse mutue** programmano, negoziano e acquistano le prestazioni per i propri assistiti. Il meccanismo di finanziamento del sistema tedesco è pertanto di tipo duale: il Land definisce e finanzia gli investimenti, le mutue negoziano e finanziano le spese sanitarie correnti, negoziando sia con gli ospedali che con i medici convenzionati. **Per le funzioni ospedaliere, l'associazione regionale delle mutue sottoscrive un contratto con ogni ospedale, mentre per le funzioni ambulatoriali negozia un accordo globale con l'associazione regionale dei medici.** Le mutue sono chiamate a tutelare gli interessi dei propri iscritti, cercando di influenzare i volumi ed i case mix dei produttori e a rispettare i tetti di spesa assicurativi, implicitamente determinati dal Governo attraverso l'aliquota massima di contributi pagabile dagli iscritti.

L'assistenza ospedaliera

La Germania dispone della più esuberante e costosa rete ospedaliera dell'Europa Occidentale con un eccesso di **posti letto ospedalieri (8,3 per 1.000 abitanti** rispetto alla media di 4,8 dell'OCSE, del 2,6 della Svezia e del 3,4 dell'Italia), di **tasso di ospedalizzazione (25 ricoveri per 1.000 abitanti** rispetto alla media di 15,5 dell'OCSE, di 16,2 della Svezia e di 12,8 dell'Italia) e della **durata media della degenza (9,2 giorni** rispetto alla media di 7,4 dell'OCSE, di 6,0 della Svezia e di 7,7 dell'Italia). (vedi altre

[statistiche OCSE - Frequently Requested Data](#)).

Gli ospedali per acuti sono (anno 2012) 2017 con 501.475 letti: 601 pubblici, 719 privati non-profit e 697 privati for-profit, con una percentuale ripartita di posti letto rispettivamente di 48%, 34% e 18%. Oltre agli ospedali per acuti esistono 1212 strutture dedicate alla riabilitazione con 168.968 posti letto. Tra queste ultime istituzioni solo il 19% sono pubbliche, il 26% sono private non-profit e il 55% private for-profit. Il 18% dei posti letto sono nelle strutture pubbliche e nelle altre rispettivamente il 16% e il 66%. Accanto a una diminuzione progressiva dei posti letto per acuti, il numero di letti nelle strutture riabilitative e psichiatriche è più che raddoppiato.

Assistenza territoriale

I cittadini tedeschi hanno piena libertà di scelta del luogo di cura e del professionista, senza distinzione tra medici generalisti e medici specialisti. Questo modello - che non prevede il ruolo del medico gatekeeper, ovvero di un medico di fiducia che ha funzioni di filtro per l'accesso alle cure specialistiche - è tipico del modello Bismarck ma si sta rapidamente modificando a seguito di una riforma approvata nel 2004. Questa riforma ha introdotto diverse novità nell'ottica di potenziare i servizi territoriali (e di ridurre la pressione sugli ospedali): tra queste vi è quella di incentivare **l'iscrizione degli assistiti a un medico generalista** che oltre a svolgere il ruolo di gatekeeper ha anche la responsabilità del coordinamento delle cure. Non vi è un obbligo, ma chi lo fa si vede ridotte le compartecipazioni alla spesa e le liste di attesa. Il numero dei pazienti assistiti dal medico di famiglia "gatekeeper" è in continua crescita (nel 2012 4,6 milioni). Altra innovazione è il superamento del modello di cura basato sul singolo medico con **lo sviluppo di centri medici di cure interdisciplinari** (aumentati da 70 a 1814 dal 2004 al 2012). Tutto ciò per facilitare l'introduzione di percorsi assistenziali per alcune patologie croniche (con uno schema molto simile al Chronic Care Model), finanziati attraverso un fondo nazionale e di reti integrate ospedale-territorio. **I percorsi riguardano diabete, carcinoma mammario, malattia ischemica di cuore, asma e bronco pneumopatia cronica ostruttiva e si sono rapidamente diffusi: nel 2006 coinvolgevano 2.7 milioni di pazienti, nel 2012 oltre 7 milioni, di cui più della metà rappresentata da pazienti diabetici.**

Tutte queste innovazioni avrebbero richiesto un forte impulso, anche quantitativo, della medicina di famiglia, ma così non è stato. Dei 121 mila medici territoriali convenzionati con le mutue il 46% sono medici di famiglia (di varia estrazione: generalisti senza specializzazione, generalisti con specializzazione in medicina di famiglia, specialisti in medicina interna, pediatri) e il 54% sono specialisti, con una tendenza all'aumento degli

specialisti rispetto ai medici di famiglia. Ciò spiega il carico di lavoro che si trovano a sopportare i medici di famiglia in Germania, che non ha pari in altri paesi europei: una media di 51 ore settimanali di lavoro, con una media di 250 pazienti contattati alla settimana.

Anche per questo è prevista la possibilità che il coordinatore dei percorsi assistenziali oltre il medico possa essere l'infermiere.

Assistenza a lungo termine

Nel 1995 è stata introdotta una nuova assicurazione obbligatoria per pazienti con gravi disabilità temporanee o permanenti, con gli stessi criteri dell'assistenza malattia. Datori di lavoro e dipendenti versano l'1,95% del reddito mensile lordo (0,975% ciascuno). L'11% della popolazione accede alla copertura attraverso assicurazioni private. Come si può osservare nella **Figura 3**, l'assicurazione obbligatoria per l'assistenza a lungo termine costituisce l'8% del finanziamento del sistema sanitario. Le prestazioni e i servizi offerti sono graduati in relazione alla gravità dei casi (3 livelli) e includono contributi finanziari alle famiglie, assistenza ambulatoriale, domiciliare e residenziale. I provider sono quasi esclusivamente privati, di cui il 36% non-profit. Nel 2012 sono stati erogati servizi e prestazioni per un valore di 22,9 miliardi di euro.

Sanità pubblica

L'Ufficio di igiene pubblica (*Der öffentliche Gesundheitsdienst*), presente nelle circoscrizioni e in alcune grandi città presso l'autorità sanitaria o presso altri uffici della pubblica sanità, è sotto il controllo del Land di competenza, ed è finanziato direttamente dallo stato. Svolge attività di tipo preventivo, di sicurezza alimentare, di sorveglianza infettiva, di assistenza sociale e di promozione della salute[4].

Conclusioni

I lettori potranno apprendere molto di più sulla sanità tedesca consultando la recentissima e corposa monografia dell'OMS dedicata alla Germania (allegata in **Risorse**). Gli autori, nelle conclusioni, evidenziano due principali problemi che hanno a che fare con la qualità e l'equità:

1. La Germania spende molto per la sanità, ma più ancora produce un'enorme quantità di servizi, con un basso livello di spesa diretta da parte dei pazienti. Ciò dimostra che ci troviamo di fronte a un sistema tecnicamente efficiente, con liste di attesa corte e una

buona soddisfazione degli utenti. Ma se andiamo a misurare la qualità dei servizi, confrontandola con quella di altri sistemi la Germania si trova sistematicamente nelle parti medie della classifica e qualche volta più in basso. Un esempio è quello della mortalità evitabile, dove Italia e Svezia (per citare due sistemi Beveridge) hanno dati nettamente migliori della Germania (e anche della Francia, altro sistema Bismarck).

2. La divisione tra assicurazioni sociali obbligatorie e assicurazioni private potrebbe portare a sempre più gravi diseguaglianze nell'assistenza sanitaria.

Irene Bellini. Specializzanda in Igiene e Medicina preventiva. Università di Firenze. Ha svolto recentemente un periodo di quattro mesi di tirocinio in una struttura di sanità pubblica in Baviera.

Risorse

1. OECD Health Statistics 2014. [How does Germany compare?](#) [PDF: 170 Kb]
2. Busse R, Bluemel M. [Germany, Health system review.](#) [PDF: 2,9 Mb] Health Systems in Transition Vol. 16 No. 2 2014, PDF

Bibliografia

1. Sozialdemokratische Arbeiterbewegung und Sozialversicherung bis zur Jahrhundertwende, in: Ulrich Becker/ Hans Günter Hockerts/ Klaus Tenfelde (Hrsg.), Sozialstaat Deutschland. Geschichte und Gegenwart, Bonn 2010, S. 17-43
2. OECD Health Statistics 2014. [How does Germany compare?](#) [PDF: 170 Kb]
3. Di Novi C. Patients Academy- Lezione sui Sistemi Sanitari Comparati. Roma, 2012.
4. Guida. Il sistema sanitario tedesco: salute mano nella mano. 2011.
5. Scardigli V, Secondi C. L'Evoluzione del Sistema Sanitario: Overview di alcuni Paesi Europei. WP 2008.
6. Associazione Italiana Ospedalità Privata (Aiop) Giovani . [Il sistema sanitario tedesco.](#) [PDF: 41 Kb]
7. Werner Bartens, kommentar über die Mangelverwaltung und Phrasen, 2. Dezember 2013 (Süddeutsche.de)
8. Ein Kommentar von Guido Bohsem. Kompromiss in Gesundheitspolitik Ein bisschen historisch. 22. November 2013 (Süddeutsche.de)
9. Union setzt ihre Gesundheitspolitik durch. 19. Mai 2010. Parteiübergreifender Kompromiss (Süddeutsche.de)
10. [SPD will nach Wahlsieg Bürgerversicherung einführen.](#) Welt.de, 20.10.11
11. [Was die Politik für die Gesundheit tut.](#) Apotheken-umschau.de, 13.08.2009
12. [Bayern will Ärzte für den ländlichen Raum gewinnen.](#) Aerzteblatt.de, 13.06.2012

13. [Deutsches Gesundheitswesen: "Der Patient ist nur Mittel zum Zweck"](#). Spiegel online, 03.02.2014
14. Von Christian Teevs. [Teures Gesundheitssystem: Was Deutschland von Kenia lernen kann](#). Spiegel online, 03.02.2014
15. Von Blech, Jörg und Hackenbroch, Veronika. [Mehr Geld für gute Ärzte](#). Der Spiegel, 13.01.2014
16. [Krankenkassen unter Verdacht: Amt rügt Kassen für falsche Krankendaten](#). Finanzen.de, 03.09.13
17. Busse R, Bluemel M. [Germany, Health system review](#). [PDF: 2,9 Mb]Health Systems in Transition Vol. 16 No. 2 2014, PDF