ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

ARCHIVIO ISTITUZIONALE
DELLA RICERCA

Alma Mater Studiorum Università di Bologna
Archivio istituzionale della ricerca

Non solo Bismarck contro Beveridge: sette modelli di sistema sanitario

This is the final peer-reviewed author's accepted manuscript (postprint) of the following publication:

Published Version:
Non solo Bismarck contro Beveridge: sette modelli di sistema sanitario / Toth, Federico. - In: RIVISTA ITALIANA DI POLITICHE PUBBLICHE. - ISSN 1722-1137. - STAMPA. - 11:2(2016), pp. 279-305. [10.1483/83929]

Availability:
This version is available at: https://hdl.handle.net/11585/560520 since: 2023-06-01

Published:
DOI: http://doi.org/10.1483/83929

Terms of use:

Some rights reserved. The terms and conditions for the reuse of this version of the manuscript are specified in the publishing policy. For all terms of use and more information see the publisher's website.

This item was downloaded from IRIS Università di Bologna (https://cris.unibo.it/).
When citing, please refer to the published version.

(Article begins on next page)

04 May 2024

This is the final peer-reviewed accepted manuscript of:

Federico Toth (2016): Non solo Bismarck contro Beveridge: sette modelli di sistema sanitario, Rivista Italiana di Politiche Pubbliche (2): 279-305

The final published version is available online at:

https://dx.doi.org/10.1483/83929

Terms of use:

Some rights reserved. The terms and conditions for the reuse of this version of the manuscript are specified in the publishing policy. For all terms of use and more information see the publisher's website.

This item was downloaded from IRIS Università di Bologna (https://cris.unibo.it)

When citing, please refer to the publisher version.

Non solo Bismarck contro Beveridge: sette modelli di sistema sanitario

Federico Toth

Introduzione

In Italia abbiamo un servizio sanitario pubblico universalistico, e tendiamo a immaginare che anche gli altri paesi economicamente più sviluppati siano dotati di sistemi simili. Come si comprenderà nei prossimi paragrafi, non è così. Ogni paese organizza i servizi sanitari in modo differente, e anche solo all'interno dell'area OCSE si riscontra una varietà di modelli diversi.

Nel tentativo di metter un po' d'ordine tra i diversi sistemi nazionali, c'è chi applica anche al settore sanitario la classica contrapposizione – mutuata dagli studi sul Welfare State – tra modello Bismarck e modello Beveridge. Così facendo, i sistemi sanitari possono essere raggruppati in tre grandi famiglie: 1) i sistemi di assicurazione sociale di malattia (Bismarck); 2) i paesi in cui opera un servizio sanitario nazionale (Beveridge); 3) i sistemi che, non essendo né Beveridge né Bismarck, si affidano all'assicurazione volontaria.

La ripartizione dei sistemi sanitari in base a questi tre modelli può essere considerata la "*classificazione tripartita standard*" (Freeman e Frisina 2010), che è stata impiegata in molti lavori scientifici e rapporti internazionali (OCSE 1987; Blank e Burau 2004; Rothgang *et al.* 2005; Rothgang *et al*. 2010).

La tripartizione classica ha certamente il merito di essere – come si suole dire – parsimoniosa; essa può tuttavia rilevarsi – all'atto pratico – troppo rozza, in quanto costringe ad accomunare, inserendoli nella stessa categoria, sistemi che operano in realtà secondo logiche diverse. Facciamo qualche esempio.

La tripartizione standard porta a collocare nella stessa classe, quella di "servizio sanitario nazionale", sia paesi come il Regno Unito e l'Italia, sia paesi come il Canada e l'Australia. Ma chi ha conoscenza dei sistemi canadese e australiano sa che essi non sono organizzati come il NHS britannico o il SSN italiano.

Dovendo scegliere tra le tre classi presentate in precedenza, la Svizzera finisce per essere assimilata ai paesi di assicurazione sociale di malattia, come la Francia e la Germania (Saltman 2004; Böhm *et al.* 2013). Ma il sistema sanitario svizzero – come si vedrà più avanti – non corrisponde al prototipo Bismarckiano.

Il sistema di assicurazione sanitaria adottato nei Paesi Bassi sembra non rientrare in nessuna classe (Wendt 2009). Anche la Grecia è un paese di difficile collocazione (Wendt 2014), perché ha sempre mescolato e sovrapposto – anche prima della recente crisi – modelli diversi.
Per quanto riguarda gli Stati Uniti, viene facile etichettare il sistema americano come un tipico caso di assicurazione volontaria. Questa è però un'immagine molto semplificata del sistema americano, che è invece un *patchwork* complesso (Marmor e Oberlander 2011), in cui convivono molteplici sotto-sistemi e in cui l'intervento pubblico è tutt'altro che marginale (OCSE 2015).
Questi casi problematici – ma ve ne sono altri – portano a ritenere non del tutto soddisfacente la tripartizione standard: anche solo tra i paesi OCSE ve ne sono infatti diversi che non rientrano propriamente in nessuna delle tre classi.
In letteratura, si trovano naturalmente schemi di classificazione alternativi. Si è proposto, ad esempio, di aggiungere un quarto modello, quello dell'*assicurazione sanitaria nazionale*: tale concetto è stato tuttavia utilizzato in modo ambiguo e assume significati diversi a seconda degli autori (Frenk e Donabedian 1987; Lee *et al*. 2008; Böhm *et al*. 2013).
Altri studiosi propongono una categoria ad hoc per i sistemi sanitari dei paesi in via di sviluppo (Roemer 1960; Terris 1978) o per quelli comunisti (Field 1973; Terris 1978). A distanza di tempo, alcune di tali proposte appaiono fatalmente un po' *rétro.*
Venendo a contributi più recenti, Böhm *et al*. (2013) teorizzano che i sistemi sanitari dei paesi OCSE siano riconducibili essenzialmente a 5 modelli. Tali autori, di fatto, riprendono la tripartizione standard, dividendo però in due classi sia i paesi Bismarck sia quelli Beveridge. I sistemi Bismarck vengono sdoppiati in base al maggiore o minore intervento dello Stato. I paesi Beveridge vengono invece suddivisi in base al maggiore o minore coinvolgimento dei fornitori privati.
Tutte le proposte appena menzionate continuano tuttavia a mostrare – alcune di più, altre di meno – gli stessi limiti della tripartizione standard. Esse finiscono infatti per includere nella stessa categoria sistemi sanitari che rispondono a principi differenti; alcune proposte classificatorie generano anche il problema inverso, ossia fanno ricadere in classi diverse sistemi nazionali che invece si assomigliano.
Nel tentativo di superare, almeno in parte, tali problemi, in questo lavoro viene avanzata una proposta di classificazione basata su 7 modelli. Essi costituiscono sette diverse modalità in base a cui possono essere finanziati ed erogati i servizi sanitari. Ogni modello – come si comprenderà nei prossimi paragrafi – risponde a logiche e finalità differenti, e ognuno di essi presenta, almeno sulla carta, vantaggi e svantaggi.

Per agevolare la presentazione dei sette modelli, conviene partire dall'immagine del "triangolo sanitario". Diversi autori (Mossialos e Dixon 2002; OCSE 2002; Rothgang *et al.* 2005) propongono infatti di concepire il sistema sanitario come l'insieme delle interazioni che s'instaurano tra tre categorie di soggetti: gli utenti, i fornitori e gli assicuratori. Per fornitori (o *providers*) vanno intesi tutti i soggetti che erogano direttamente prestazioni sanitarie, quindi le strutture ospedaliere, gli ambulatori, i medici, gli infermieri, e in generale tutte le professioni sanitarie. Gli assicuratori si distinguono invece per raccogliere – con o senza finalità di lucro – risorse finanziarie da destinare al pagamento delle spese mediche di soggetti terzi.

Per ognuno dei modelli che verranno presentati nei prossimi paragrafi, sarà essenziale prestare attenzione alle seguenti dimensioni:

1. chi paga e chi beneficia del sistema;
2. il numero e la natura dei soggetti assicuratori;
3. la modalità con cui gli utenti contribuiscono finanziariamente;
4. la libertà di scelta riconosciuta agli utenti;
5. i rapporti che intercorrono tra assicuratori e fornitori;
6. il grado di intervento pubblico (ovvero il ruolo giocato dallo Stato).

La struttura dell'articolo è particolarmente semplice: ognuno dei prossimi paragrafi presenterà un modello diverso di organizzazione sanitaria. Sette modelli, sette paragrafi. Ogni modello sarà dapprima illustrato in termini generali, e verrà poi portato un esempio di come esso trovi applicazione nel mondo reale. Una volta presentati tutti i modelli, nell'ottavo paragrafo si metterà alla prova la classificazione qui proposta, applicandola a 24 paesi OCSE. Nelle conclusioni si tenterà di tirare le fila, ribadendo i principali elementi di somiglianza e di differenza tra i modelli.

1. Il mercato diretto

Il sistema del *mercato diretto* (che potremmo chiamare anche del mercato *semplice*) si differenzia rispetto agli altri modelli perché esso non contempla la figura degli assicuratori. Del "triangolo sanitario" restano pertanto solo due vertici: i fornitori e gli utenti (Mapelli 2012).

In tale modello, providers e fruitori di servizi sanitari interagiscono tra loro in modo diretto, senza quindi la mediazione di soggetti terzi. I fornitori fissano liberamente il prezzo delle proprie prestazioni. Gli utenti sono liberi di individuare il provider di proprio gradimento, e

ogni volta che usufruiscono di una prestazione corrispondono il relativo prezzo direttamente al fornitore, pagando di tasca propria.

In un sistema di questo genere, il ruolo dello Stato si limita alla regolazione dei fornitori. Le autorità pubbliche devono ad esempio verificare il rispetto di determinati standard qualitativi da parte delle strutture ospedaliere e ambulatoriali, e il possesso di adeguati titoli per esercitare le professioni sanitarie.

Il sistema di mercato diretto dovrebbe pertanto concedere ai cittadini grandi margini di scelta: in capo agli utenti non vi è infatti alcun obbligo assicurativo o contributivo, e i fruitori di cure sanitarie possono liberamente scegliere il fornitore cui rivolgersi. A questo si aggiunga che i pazienti pagano solo per i servizi di cui effettivamente usufruiscono: non vi è dunque, in tale modello, alcun incentivo a fare richiesta di prestazioni non necessarie.

Poiché si paga in relazione all'effettivo consumo di prestazioni sanitarie, uno dei maggiori limiti del mercato semplice sta nel fatto che le persone malate finiscono per pagare di più di quelle sane. Il rischio di malattia ricade infatti sul singolo individuo (o sul singolo nucleo familiare) e non viene distribuito con altri. I pazienti con minori possibilità economiche potrebbero inoltre non potersi permettere determinati professionisti o determinati trattamenti, perché troppo costosi.

Le cure odontoiatriche in Italia

Il sistema del mercato diretto è ampiamente diffuso. In pressoché tutti i paesi – lo si vedrà più avanti, nell'ottavo paragrafo – una parte delle prestazioni sanitarie viene infatti acquistata in regime di mercato. E' però difficile trovare paesi che finanzino le cure mediche esclusivamente in base al modello del mercato. Il mercato semplice riveste solitamente un ruolo ancillare nell'architettura complessiva del sistema sanitario, concentrandosi sulle forme di assistenza che rimangono escluse, o non adeguatamente coperte, dagli schemi assicurativi prevalenti.

Una quota di mercato semplice la troviamo – tanto per intenderci – anche nel sistema sanitario italiano. Si considerino, ad esempio, le cure odontoiatriche (ma lo stesso discorso vale anche per le visite ginecologiche o dietologiche): la maggioranza di esse è finanziata ed erogata secondo un tipico sistema di mercato diretto (The European House-Ambrosetti 2015). I pazienti sono infatti liberi di scegliere – in base alla reputazione e alle tariffe applicate – il dentista (o il ginecologo, o il dietologo) tra tutti quelli presenti sulla piazza, pagando di tasca propria per le prestazioni di cui usufruiscono.

2. L'assicurazione volontaria

Nel secondo modello, quello dell'assicurazione volontaria, entrano in scena, oltre agli utenti e ai fornitori, anche i soggetti assicuratori. In tale sistema, i cittadini non hanno però alcun obbligo di assicurarsi contro i rischi di malattia; ogni cittadino rimane fondamentalmente libero di scegliere se acquistare o meno una polizza sanitaria. Chi decide di non assicurarsi, o chi non ne ha le possibilità economiche, ricade in un sistema di mercato diretto (ovvero non assicurativo), già visto in precedenza: pagherà quindi di tasca propria le prestazioni sanitarie di cui avrà bisogno.

Coloro che decidono di sottoscrivere una polizza contro i rischi di malattia, possono scegliere tra una pluralità di assicuratori privati, in competizione tra loro. I soggetti assicuratori possono consistere in compagnie d'assicurazione for profit, oppure enti e fondi senza fini di lucro. Nel primo caso, il premio sarà probabilmente *risk rated*, ovvero calcolato sul rischio individuale del singolo sottoscrittore (pagheranno così premi più elevati gli anziani, chi è affetto da patologie gravi o croniche, chi ha stili di vita considerati a rischio). Nulla vieta che anche le assicurazioni no profit calcolino i premi in base al rischio individuale, ma spesso esse preferiscono premi assicurativi "*community rated*" o "*group rated*" [1] (Mossialos e Dixon 2002).

A prescindere dalla modalità di calcolo del premio, il modello assicurativo si fonda sul principio della ridistribuzione del rischio (*risk pooling*) tra i sottoscrittori della polizza (Kutzin 2001; Hussey e Anderson 2003): le spese di coloro che si ammalano sono pagate anche grazie ai premi di coloro che invece rimangono sani (Mapelli 2012).

Rispetto al sistema del mercato semplice, un grande vantaggio del modello assicurativo dovrebbe risiedere nella sicurezza garantita ai possessori di una polizza: una volta pagato il premio, l'assicurato sa infatti che le spese mediche che dovrà eventualmente sostenere gli verranno rimborsate dall'assicurazione. L'assicurato dovrebbe insomma essere tutelato rispetto al rischio di spese mediche eccezionali. All'atto pratico, non è però detto che l'assicurazione rimborsi la totalità delle spese mediche effettivamente sostenute, dipende dalla polizza. I singoli pacchetti assicurativi possono infatti prevedere restrizioni di varia natura: possono includere franchigie, massimali, o forme di compartecipazione alla spesa; alcune categorie di prestazioni possono essere escluse dal rimborso, così come possono esservi limitazioni nella scelta dei fornitori. Nel modello dell'assicurazione volontaria, ogni

[1] Tecnicamente i contributi sono detti "*group rated*" se tutti coloro che appartengono alla stessa categoria professionale godono dello stesso trattamento. I contributi sono invece "*community rated*" se ad avere condizioni uguali sono tutti i residenti in una determinata area geografica (Mossialos e Dixon 2002).

individuo può infatti – almeno in linea teorica – concordare con la propria compagnia di assicurazioni una polizza "su misura".

Così come nel modello del mercato, anche nel sistema dell'assicurazione volontaria si ripropone il problema delle fasce più povere della popolazione: coloro che non sono in grado di sostenere il costo di una polizza privata sono evidentemente discriminati. Un ulteriore problema che la logica assicurativa può sollevare (e che il mercato diretto dovrebbe al contrario scoraggiare) è il cosiddetto «azzardo morale» (Blank e Burau 2004; Mapelli 2012): non pagando le prestazioni in rapporto all'effettivo consumo, gli utenti – in modo simile a quanto avviene nei pranzi a buffet – possono essere tentati di richiedere anche prestazioni non necessarie o a cui avrebbero rinunciato se le avessero dovute pagare a prezzo pieno.

Sul fronte dell'erogazione delle cure, le prestazioni sanitarie sono solitamente erogate da providers esterni rispetto alle compagnie di assicurazioni, che queste ultime si limitano a rimborsare. Le compagnie assicurative possono però anche prendere accordi con alcuni fornitori, stipulando con essi specifici contratti di fornitura. Gli assicuratori che seguono tale strategia disporranno pertanto di una rete di *providers* "preferiti", e inviteranno i propri assicurati – spesso in cambio di uno sconto sul costo della polizza – a scegliere il fornitore all'interno di tale network.

In un sistema di assicurazione volontaria, lo Stato deve regolare e sorvegliare non soltanto i fornitori, ma anche le compagnie di assicurazione, per evitare che queste ultime tengano condotte opportunistiche a scapito degli assicurati. La legislazione può inoltre prevedere incentivi fiscali o monetari per chi si assicura, o – al contrario – penalità per chi, pur avendone le possibilità economiche, decide di non assicurarsi.

L'assicurazione volontaria negli Stati Uniti

Per comprendere come funzioni, in concreto, un sistema di assicurazione sanitaria volontaria si può guardare agli Stati Uniti. In questo paese – come si vedrà in seguito – operano alcuni schemi pubblici contro i rischi di malattia, ma tali programmi sono rivolti solo a una minoranza della popolazione. La maggioranza degli americani ricade in un sistema di assicurazione volontaria.

Negli Stati Uniti troviamo pertanto una molteplicità di assicuratori privati, tra loro in competizione, che offrono polizze sanitarie di vario genere. Sul mercato americano operano sia compagnie di assicurazioni for profit, sia assicuratori senza fini di lucro. I premi assicurativi variano considerevolmente a seconda delle prestazioni incluse nella polizza, delle franchigie, delle forme di compartecipazione alla spesa a carico dell'assicurato, della libertà

concessa nella scelta dei fornitori. Sono poche infatti le polizze assicurative che consentono di scegliere liberamente lo specialista o la struttura sanitaria da cui farsi curare. La maggior parte delle assicurazioni americane ha una propria rete di fornitori "convenzionati": gli assicurati hanno facoltà di scelta all'interno di tale network, ma pagano una tariffa aggiuntiva se si rivolgono a fornitori esterni al network.

Chi risiede negli Stati Uniti può sottoscrivere una polizza sanitaria in due modi: o tramite la propria azienda, oppure acquistandola individualmente. Le polizze ottenute tramite il datore di lavoro (*employer-based*) sono solitamente meno costose e utilizzano il principio del *community rating*. E' il datore di lavoro che negozia con le compagnie assicurative e sceglie il tipo di polizza assicurativa da offrire ai propri dipendenti. Le polizze acquistate individualmente sono generalmente più costose, l'acquirente ha maggiore libertà di scelta, e i premi vengono solitamente calcolati in base al rischio individuale (Rice *et al*. 2013). Stando agli ultimi dati disponibili, il 55,4% degli americani ha un'assicurazione sanitaria privata *employer-based*, mentre il 14,6% è titolare di una polizza acquistata individualmente (US Census Bureau 2015).

Essendo quello statunitense un sistema di assicurazione volontaria, va da sé che una parte della popolazione possa rimanere senza copertura sanitaria, o perché non vuole assicurarsi o perché non ne ha la possibilità. Ancora oggi oltre 30 milioni di americani (circa il 10% della popolazione) non dispongono di alcuna forma di copertura sanitaria (US Census Bureau 2015).

Proprio con l'intento di ridurre progressivamente il numero dei non assicurati, la riforma Obama, approvata nel 2010, ha introdotto alcune sostanziali novità nel mercato delle polizze sanitarie (Toth 2011). A partire dal 2014, ogni stato avrebbe dovuto istituire un proprio "*health insurance marketplace*": una sorta di borsa online delle polizze sanitarie, che renda agevole per i cittadini confrontare le offerte delle diverse compagnie assicurative. Le assicurazioni che partecipano a tali mercati sono tenute a offrire un pacchetto base di cure essenziali, non possono rifiutare l'iscrizione agli individui particolarmente a rischio, e devono calcolare i premi in base al *community rating*. Da qualche anno, vengono inoltre forniti sussidi economici per favorire l'acquisto di una polizza da parte delle famiglie con redditi medio-bassi. Al contrario, chi ha un reddito sufficientemente elevato ma non sottoscrive una polizza sanitaria può incorrere in una multa. Una penalità economica è prevista anche per le imprese con più di 50 dipendenti che non offrano alcuna copertura assicurativa ai propri lavoratori.

Una precisazione si rende necessaria: il fatto che siano previsti incentivi economici per favorire l'acquisto di una polizza, e – ancor più – sanzioni per chi (pur avendone la possibilità)

non si assicura, non significa che gli Stati Uniti stiano passando a un sistema di assicurazione obbligatoria. Come sancito anche dalla Corte Suprema, la riforma Obama non introduce alcun obbligo assicurativo: chi non vuole assicurarsi, può continuare a non farlo. Il sistema americano rimane insomma, anche in seguito alla riforma Obama, un sistema di assicurazione volontaria.

3. L'assicurazione sociale di malattia

Il modello dell'assicurazione sociale di malattia (ASM) si basa sul principio per cui lo Stato obbliga alcune categorie di lavoratori a versare una parte del proprio stipendio a una cassa di malattia. Le casse di malattia sono organizzazioni private senza fini di lucro, soggette a una rigida regolazione pubblica (Saltman 2004). In cambio dei contributi versati, le casse s'impegnano a rimborsare le spese mediche che gli iscritti sostengono per sé e per i familiari a carico.

Il modello dell'ASM ha quindi l'effetto di dividere la popolazione in due gruppi, cui viene riconosciuto un diverso grado di libertà. Da una parte vi sono coloro che, in quanto appartenenti ad alcune categorie professionali, devono obbligatoriamente versare i contributi: costoro non possono scegliere se iscriversi o meno al sistema mutualistico, sono costretti a farlo. Dall'altra parte vi sono invece coloro per cui non è previsto alcun obbligo; costoro possono, se lo desiderano, sottoscrivere una polizza volontaria, oppure acquistare le prestazioni sanitarie in regime di mercato.

Il modello classico dell'ASM – ovvero quello Bismarckiano di fine Ottocento, in seguito emulato da molte altre nazioni – prevede che all'interno dello stesso paese operi una molteplicità di casse (o fondi) di malattia, tra loro non in concorrenza: l'assegnazione dei lavoratori alle casse avviene d'ufficio, in base alla professione svolta[2].

E' bene sottolineare che caratteristica fondamentale dell'ASM è di essere un sistema tipicamente *occupazionale*: l'obbligo al versamento dei contributi sanitari scatta infatti non in base alla residenza, ma in base alla professione esercitata. Proprio perché segue una logica rigorosamente occupazionale, il sistema dell'ASM finisce inevitabilmente per escludere coloro che non sono riconducibili a una delle categorie professionali soggette all'obbligo assicurativo. I sistemi di ASM presentano dunque un grosso limite: a meno che non vengano affiancati da

[2] In alcuni paesi è stata tuttavia introdotta, negli ultimi due decenni, una variante al modello originario: al lavoratore viene concesso di scegliere la cassa di malattia. In questi paesi si è quindi obbligati a versare i contributi, ma si può scegliere la cassa cui iscriversi.

qualche programma di tipo residuale (ne parleremo fra poco), essi generalmente non garantiscono la copertura assicurativa dell'intera popolazione.

Un'ulteriore caratteristica dell'ASM risiede nella modalità di calcolo dei contributi. Se infatti nel modello dell'assicurazione volontaria i premi vengono calcolati in base al rischio individuale, nell'ASM i contributi sono invece uguali per tutti gli iscritti alla medesima cassa. I contributi sono solitamente calcolati come una percentuale fissa da trattenere sullo stipendio, e nella maggior parte dei paesi vengono ripartiti tra lavoratore e datore di lavoro.

Per quanto riguarda il rapporto con i providers di cure sanitarie, le differenze rispetto al modello precedente non sono significative: anche nei sistemi di ASM gli assistiti possono liberamente scegliere le strutture e i professionisti sanitari da cui farsi curare; e nella maggioranza dei casi i fornitori di cure sanitarie sono autonomi rispetto alle casse di malattia.

L'assicurazione sociale di malattia in Francia

Il sistema francese di assicurazione contro i rischi di malattia è tradizionalmente impostato su due livelli: uno schema obbligatorio di ASM, e un livello complementare facoltativo fornito da assicurazioni private.

Per quanto riguarda lo schema obbligatorio, tutti i lavoratori francesi sono tenuti a versare regolarmente i contributi a una cassa di malattia. L'aliquota contributiva è uguale per tutte le casse, ed è fissata dal governo. Le casse sono organizzazioni private no profit, soggette a una stringente regolazione pubblica, e non sono in competizione tra loro. I francesi – a differenza di quanto avviene, per esempio, in Germania – non possono infatti scegliere la cassa cui iscriversi: l'assegnazione avviene in base alla professione svolta.

La cassa di malattia di dimensioni maggiori è la CNAMTS (*Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salaries*), che assiste oltre l'85% della popolazione (gli impiegati nei settori dell'industria e del commercio, con le rispettive famiglie). Oltre alla CNAMTS, operano in Francia altre casse – circa una quindicina – di dimensioni minori, che assitono: gli agricoltori, i lavoratori autonomi, i dipendenti statali, i ferrovieri, i militari, e così via.

I fornitori di prestazioni sanitarie sono soggetti indipendenti rispetto alle casse. Gli iscritti all'ASM hanno massima libertà di scelta del medico e dell'ospedale: possono scegliere il fornitore preferito sapendo che le casse di malattia rimborseranno la spesa sostenuta. Lo schema obbligatorio di ASM non copre tuttavia integralmente le spese mediche sostenute: le casse di malattia rimborsano infatti tra il 70% e il'80% della spesa (Chevreul *et al.* 2015; OCSE 2015). Il restante 20-30% consiste in compartecipazioni alla spesa a carico dei pazienti. Vi sono poi prestazioni che non sono coperte dallo schema obbligatorio. Per fare fronte a queste

spese extra, 9 francesi su 10 preferiscono sottoscrivere un'assicurazione privata aggiuntiva (Chevreul *et al.* 2015).

Lo schema obbligatorio di ASM riguarda dunque i lavoratori, e si estende ai rispettivi nuclei familiari. E coloro che non lavorano, o che svolgono un lavoro atipico o saltuario? Fino al 2000, coloro che non versavano i contributi non ricevevano alcuna assistenza dallo schema di ASM: essi potevano eventualmente acquistare una polizza privata. Circa un milione di francesi finiva così per essere privo di assicurazione sanitaria (Toth 2009). Le cose sono cambiate a partire dal 2000, con l'introduzione della *Coverture Maladie Universelle* (CMU). Tale riforma ha istituito un programma "residuale" (vedi prossimo paragrafo), finanziato dalla fiscalità generale, che rimborsa le spese mediche a coloro che dimostrano di non essere in grado di versare regolarmente i contributi. A tutti i residenti in Francia dovrebbe quindi essere garantita una copertura sanitaria di base.

4. I programmi residuali

Nei paesi in cui prevale o il modello dell'assicurazione volontaria oppure l'assicurazione sociale di malattia sono spesso presenti programmi "residuali". L'etichetta "residuale" viene ripresa dalla letteratura sul Welfare State (Wilensky e Lebeaux 1958; Titmuss 1974). Vengono qui definiti "residuali" quei programmi, finanziati dalla fiscalità generale, destinati a particolari target della popolazione. I beneficiari di tali programmi sono generalmente le categorie più deboli, quelle più esposte ai rischi di malattia: i cittadini a basso reddito, gli anziani, i minori, coloro che sono affetti da gravi patologie, i carcerati. In alcuni paesi esistono programmi residuali non solo per le "fasce deboli" della popolazione, ma anche per alcune categorie professionali considerate particolarmente meritevoli di tutela da parte dello Stato, come i militari o i dipendenti pubblici.

I programmi residuali sono dunque a carico dell'intera collettività: sono finanziati dalla fiscalità generale o da apposite tasse di scopo. Nonostante la fonte finanziaria possa essere la medesima (vengono tutti finanziati dal budget pubblico), capita spesso che ogni singola categoria di assistiti abbia un proprio programma dedicato, con un'amministrazione separata rispetto ad altri eventuali programmi residuali, e con proprie modalità particolari di affiliazione e di erogazione delle cure.

Un aspetto fondamentale differenzia i programmi residuali dagli altri modelli di finanziamento: in tutti gli altri sistemi chi paga si guadagna il diritto di beneficiare del programma che sta finanziando. Nei programmi residuali questo non è necessariamente vero: la platea dei beneficiari coincide solo in parte (o può non coincidere affatto) con coloro che

finanziano tali programmi. Un programma sanitario per i disoccupati, per esempio, è finanziato da coloro che pagano le tasse e che un lavoro ce l'hanno; l'assistenza ai carcerati è pagata da chi non è in prigione; un programma destinato ai minori è finanziato dagli adulti che pagano le tasse; e così via. Quelli residuali sono insomma programmi finanziati dalla collettività, di cui però beneficiano solo alcune particolari categorie.

Per quanto riguarda il rapporto con i fornitori, i programmi residuali possono essere di due tipi. Nella maggior parte dei casi, lo Stato svolge solo il ruolo di assicuratore, finanziando quindi providers esterni. Sebbene meno frequente, esiste un secondo tipo di programma residuale: esso prevede che il programma pubblico disponga di proprio personale e di proprie strutture sanitarie, tramite cui è in grado di fornire direttamente ai propri assistiti le cure di cui essi necessitano.

Ricapitoliamo dunque quali sono, in tale modello, i compiti dello Stato. A quest'ultimo compete l'individuazione delle categorie meritevoli di particolare tutela, il finanziamento dei programmi residuali, e – in alcuni casi – anche l'erogazione diretta delle cure.

I programmi pubblici negli Stati Uniti

Esempi tipici di programmi residuali si trovano negli Stati Uniti. La maggior parte delle risorse che il governo americano destina alla sanità servono infatti a finanziare una molteplicità di programmi tipicamente residuali. I principali sono i programmi *Medicare* e *Medicaid*, entrambi istituiti a metà degli anni Sessanta sotto la presidenza di Lyndon Johnson. Il principale obiettivo di Medicare è fornire la copertura sanitaria ai cittadini con più di 65 anni[3]. Grazie a tale programma, la popolazione anziana – con una compartecipazione annua a carico degli iscritti – ha diritto al rimborso delle spese mediche, di quelle ospedaliere e anche dei farmaci. Medicare è finanziato dal governo federale, e assiste attualmente circa 50 milioni di persone, ovvero la quasi totalità degli over 65 (US Census Bureau 2015).

Il programma Medicaid è invece finanziato in parte dal governo federale e in parte dai singoli stati. Esso è rivolto alle fasce più povere della popolazione e alle persone disabili. Poiché ogni stato prevede forme diverse di tutela e criteri diversi per accedere al programma, non tutti i disabili e i meno abbienti risultano iscritti a Medicaid, che attualmente fornisce assistenza a oltre 60 milioni di americani.

Oltre a Medicare e Medicaid, il governo americano finanzia molti altri programmi residuali, tra cui CHIP (*Children's Health Insurance Program*) rivolto ai minori appartenenti a famiglie a

[3] Medicare assiste anche i malati di SLA e le persone affette da insufficienza renale cronica.

basso reddito. Altri programmi residuali sono destinati alle forze armate, ai veterani di guerra, ai dipendenti federali, ai nativi americani, ai carcerati e alle persone affette da HIV/AIDS. Nel complesso, i programmi residuali pubblici coprono circa il 36% della popolazione statunitense (US Census Bureau 2015) .

5. L'assicurazione nazionale obbligatoria

Siamo in regime di "assicurazione nazionale obbligatoria" quando lo Stato obbliga tutti i residenti a sottoscrivere una polizza privata contro i rischi di malattia. A tutti coloro che risiedono nel paese corre quindi l'obbligo di provvedere, con mezzi propri, all'acquisto di un'assicurazione che copra le cure sanitarie ritenute essenziali. Non esiste un unico schema pubblico cui versare i contributi: la polizza deve essere acquistata presso una pluralità di soggetti assicuratori, tra cui i cittadini possono scegliere. Gli assicuratori possono essere compagnie d'assicurazione for profit oppure casse mutue senza fini di lucro.

Una volta obbligati tutti i residenti a procurarsi una copertura assicurativa, lo Stato può prevedere sussidi economici per i cittadini a basso reddito (che potrebbero altrimenti avere difficoltà a pagare regolarmente i premi assicurativi), e può imporre una regolazione, anche molto rigida, del mercato assicurativo.

In un sistema di assicurazione nazionale obbligatoria, quindi, chi paga? Tutti i residenti sono tenuti a procurarsi una polizza sanitaria; e ognuno paga il premio della propria polizza. Chi sono i beneficiari? Tutti i cittadini devono avere una polizza sanitaria, quindi tutta la popolazione risulta alla fine coperta contro i rischi di malattia. Le polizze possono essere diverse tra loro, e possono coprire anche livelli supplementari rispetto a quelli minimi fissati per legge: vanno quindi messe in conto possibili disparità di trattamento tra un assicurato e l'altro.

Veniamo infine al rapporto tra assicuratori e fornitori di cure sanitarie. Così come negli altri modelli analizzati finora, anche nei sistemi di assicurazione nazionale obbligatoria i providers sono solitamente soggetti indipendenti dalle compagnie di assicurazioni, che queste ultime provvedono a rimborsare.

L'assicurazione obbligatoria in Svizzera

A partire dal 1996, la Svizzera adotta il modello dell'assicurazione nazionale obbligatoria. Tutti i residenti in Svizzera (non solo i lavoratori) sono infatti tenuti ad acquistare una polizza sanitaria di base. Gli assistiti devono provvedervi con mezzi propri, e possono scegliere tra

una sessantina di compagnie di assicurazioni tra loro in competizione (Biller-Andorno e Zeltner 2015).

I soggetti assicuratori devono sottostare a una rigida regolazione pubblica: sulla polizza base non possono realizzare profitti, non possono selezionare gli iscritti (devono accettare tutti, è la regola dell'*open enrolment*), devono calcolare i premi in base al principio del *community rating*. Per le famiglie meno abbienti è previsto un sostegno economico da parte dei governi cantonali: circa un terzo della popolazione svizzera è destinatario di un sussidio pubblico finalizzato all'acquisto della polizza sanitaria (Biller-Andorno e Zeltner 2015; De Pietro *et al.* 2015).

Tale quadro regolativo riguarda il pacchetto delle cure essenziali, ovvero quelle soggette all'obbligo assicurativo. Sebbene il pacchetto base sia molto generoso, rimangono tuttavia escluse alcune prestazioni, tra cui buona parte delle cure dentistiche. Per coprire le prestazioni non essenziali, gli svizzeri possono sottoscrivere una polizza supplementare. Ogni compagnia assicurativa mette quindi solitamente sul mercato diversi pacchetti assicurativi, tra cui gli utenti possono scegliere: il premio può variare a seconda della franchigia, della libertà di scelta del fornitore e dell'eventuale inclusione di servizi aggiuntivi rispetto a quelli essenziali. Va sottolineato che molti di questi pacchetti assicurativi seguono la formula "*managed care*": ciò significa che le compagnie assicurative costituiscono un proprio network di fornitori "preferiti"; gli assicurati che accettano di rivolgersi solo ai fornitori preferiti, pagano premi assicurativi più bassi. Formule di questo genere sono sempre più diffuse, e si calcola che più della metà dei piani assicurativi siano oggi di tipo *managed care* (De Pietro *et al.* 2015).

6. Il sistema universalistico "single-payer"

È importante fin da subito mettere in chiaro che il modello "*universalistico single-payer*" presenta molti aspetti in comune con il modello che verrà presentato nel paragrafo successivo, quello del servizio sanitario nazionale. I due modelli sono simili soprattutto sul versante del finanziamento del sistema (le risorse finanziarie derivano, in entrambi i casi, dal gettito fiscale) e su quello della copertura assicurativa (entrambi i sistemi garantiscono la copertura universale). La fondamentale differenza tra i due sistemi risiede invece nei rapporti che intercorrono tra soggetto assicuratore e providers: nel sistema *single-payer*, lo Stato si limita a finanziare le cure sanitarie, che vengono poi erogate da providers esterni; il servizio sanitario nazionale, al contrario, non solo finanzia le cure, ma provvede anche a erogarle in prima persona, tramite proprie strutture e proprio personale.

Ciò precisato, partiamo dalla descrizione del sistema che viene qui definito "universalistico single-payer". Esso consiste in uno schema assicurativo unico per l'intera popolazione, finanziato dalla fiscalità generale e inteso a garantire le cure sanitarie ritenute essenziali a tutti i residenti. Rispetto agli altri schemi assicurativi, il sistema universalistico si distingue per il fatto che il diritto all'assistenza sanitaria non è legato al regolare versamento dei contributi o di un premio assicurativo, ma alla residenza in un determinato paese. L'assistenza sanitaria diventa perciò un diritto di cittadinanza. Le cure possono essere erogate gratuitamente oppure a fronte di una compartecipazione economica (solitamente di ridotta entità) a carico del paziente.

Dal punto di vista di coloro che devono contribuirvi finanziariamente, il sistema universalistico non concede libertà di scelta. I residenti non possono infatti scegliere se finanziare o meno lo schema universalistico: sono tenuti a pagare i tributi, e quindi anche a finanziare il programma. E poiché le imposte (soprattutto quelle dirette) vengono solitamente pagate in misura più che proporzionale rispetto al reddito, lo schema universalistico risulta un sistema di finanziamento tipicamente progressivo (Mossialos e Dixon 2002; Hussey e Anderson 2003). Va poi sottolineato che a differenza del modello dell'assicurazione sociale di malattia vengono qui tassati non solo i redditi da lavoro, ma tutte le forme di reddito. Il finanziamento dello schema universalistico ha perciò un chiaro intento redistributivo: i più ricchi finiscono per pagare, almeno in parte, l'assistenza sanitaria ai meno abbienti.

Un'ulteriore differenza rispetto ai modelli analizzati in precedenza è che mentre questi ultimi tollerano disparità di trattamento tra un cittadino e l'altro, nel sistema universalistico tutti i cittadini dovrebbero aver diritto – almeno sulla carta – al medesimo pacchetto di prestazioni.

Nel modello universalistico *single-payer*, lo Stato finisce quindi per ricoprire un ruolo centrale, fungendo da soggetto assicuratore per l'intera popolazione: è infatti lo Stato a raccogliere le risorse finanziarie da destinare all'assistenza sanitaria, e a decidere le modalità di remunerazione dei fornitori. Come si è già accennato in precedenza, lo Stato non si occupa però, in prima persona, dell'erogazione delle cure: i providers sono soggetti autonomi rispetto allo schema assicurativo pubblico, che quest'ultimo s'impegna a rimborsare.

Medicare in Canada

Il Canada costituisce un esempio di sistema universalistico *single-payer*. Il sistema sanitario canadese è infatti strutturato attorno a un unico schema pubblico, noto come *Medicare*, che funge da assicuratore per l'intera popolazione. Lo schema Medicare è finanziato attraverso il gettito fiscale, e non prevede forme di compartecipazione alla spesa a carico degli utenti. Per

quanto il governo federale imponga una cornice regolativa comune all'intero paese, Medicare viene amministrato a livello provinciale: possono quindi esservi, tra una provincia e l'altra, difformità nell'organizzazione e nella gestione dei servizi.

Medicare s'impegna a coprire le cure primarie, la specialistica ambulatoriale e i ricoveri ospedalieri. Il rimborso di prestazioni come la fisioterapia, la long-term care, le cure oculistiche e dentistiche è invece parziale, e varia a seconda della provincia di residenza. Per far fronte alle cure che rimangono escluse dal pacchetto Medicare, due terzi dei canadesi preferiscono sottoscrivere un'assicurazione privata integrativa (che spesso ottengono, a condizioni vantaggiose, tramite il proprio datore di lavoro).

L'erogazione dei servizi sanitari non è garantita da strutture e personale che dipendono direttamente da Medicare, bensì da fornitori indipendenti. In Canada gli ospedali sono infatti, in larga misura, organizzazioni private no profit, mentre i medici sono perlopiù liberi professionisti o dipendenti di organizzazioni private (Marchildon 2013).

7. Il servizio sanitario nazionale

Come si è sottolineato in precedenza, il modello del servizio sanitario nazionale (SSN) è organizzato in modo simile a quello universalistico *single-payer* per quanto concerne il finanziamento del sistema. Anche il SSN è infatti sovvenzionato dal gettito fiscale e copre l'intera popolazione, garantendo a tutti i residenti le cure sanitarie ritenute essenziali.

A differenza del modello precedente, il SSN ha però la particolarità di erogare in prima persona le cure sanitarie ai propri assistiti. Il SSN è quindi un modello *integrato* di assistenza sanitaria (Toth 2009), in cui i providers appartengono alla stessa organizzazione che raccoglie e amministra le risorse finanziarie.

Nei paesi che adottano tale modello dobbiamo quindi aspettarci un servizio pubblico unitario che presidia l'intero territorio nazionale con proprie strutture e proprio personale. Nel SSN gli ospedali e gli ambulatori sono – nella maggioranza dei casi – strutture di proprietà del servizio pubblico; anche la maggior parte del personale sanitario è alle dipendenze del SSN. Ciò significa che i diversi fornitori di prestazioni sanitarie (medici di famiglia, medici specialistici, infermieri, fisioterapisti, etc.) fanno parte della medesima organizzazione, e sottostanno a un'unica catena di comando. Questo dovrebbe – almeno in teoria – garantire un approccio integrato all'assistenza sanitaria e un alto grado di uniformità dei servizi erogati nelle diverse parti del paese.

Nei paesi dotati di un SSN, l'intervento pubblico – se lo si confronta con i modelli precedenti – è massimo. Lo Stato non si limita infatti alla regolazione dei fornitori e a obbligare i cittadini a

contribuire finanziariamente allo schema assicurativo. Oltre a questo, lo Stato svolge in prima persona sia il ruolo di assicuratore sia quello di fornitore delle cure sanitarie.

Se l'intervento pubblico è massimo, la libertà di scelta degli utenti finisce invece per essere fortemente limitata. A parte i pochi paesi in cui è possibile una qualche forma di *opting out*, i residenti sono infatti obbligati a finanziare – attraverso le imposte – il servizio sanitario pubblico. Mentre la libertà di scelta del provider rischia di essere limitata ai soli fornitori appartenenti al SSN.

Il National Health Service britannico

Il Regno Unito è stato il primo paese di grandi dimensioni (nonché il primo paese europeo) ad adottare il modello del servizio sanitario nazionale. Il *National Health Service* (NHS) fu infatti istituito nel 1946.

Nonostante la devolution (il NHS è oggi diviso in quattro distinte amministrazioni, rispettivamente per l'Irlanda del Nord, la Scozia, il Galles e l'Inghilterra), e altre radicali riforme che si sono susseguite nel corso degli anni, il *National Health Service* ha sempre conservato alcune caratteristiche distintive: esso continua a essere finanziato attraverso il gettito fiscale e garantisce assistenza a tutti coloro che risiedano legalmente nel Regno Unito. La maggior parte delle prestazioni sanitarie sono erogate direttamente da personale e strutture afferenti al NHS. Gli utenti usufruiscono di tali servizi in forma perlopiù gratuita: nel Regno Unito, le uniche forme di compartecipazione alla spesa a carico degli utenti riguardano i farmaci e le cure dentistiche, e molte categorie di pazienti (minori, anziani, malati cronici, disabili, donne in gravidanza, etc.) sono esenti dai ticket (Cylus *et al.* 2015).

Rispetto ad altri paesi che hanno adottato il medesimo modello, il NHS britannico si distingue per l'imponenza della struttura d'offerta pubblica. Il NHS possiede e gestisce propri ospedali e ambulatori, che coprono l'intero territorio nazionale. La maggior parte del personale sanitario è alle dipendenze del NHS. Un dato rende bene l'idea di quanto sia imponente la forza lavoro del servizio sanitario pubblico britannico: con oltre un milione e mezzo di dipendenti, il NHS risulta infatti – stando alle stime del *World Economic Forum* – non solo il principale datore di lavoro nel Regno Unito, ma anche il primo a livello europeo, e il quinto a livello mondiale[4]. Il *National Health Service* incarna insomma il prototipo del servizio sanitario unitario, integrato e prevalentemente pubblico. Il NHS esternalizza infatti a fornitori privati meno del 6% del

[4] Giusto per curiosità: il principale datore di lavoro a livello mondiale risulta essere il Dipartimento della Difesa americano, seguito dall'Esercito Popolare di Liberazione cinese, da Walmart e da McDonald's. Al quinto posto del ranking si piazza il NHS britannico.
https://www.weforum.org/agenda/2015/06/worlds-10-biggest-employers/

proprio budget (Cylus *et al.* 2015). Solo per avere un termine di paragone: in Italia i fornitori privati sono destinatari di circa un terzo del budget del SSN (Toth 2014).

8. Modelli e sistemi sanitari in 24 paesi OCSE

Una volta completata la rassegna dei sette modelli, si può ora saggiare l'utilità della classificazione qui proposta applicandola a 24 paesi OCSE: verranno considerati i 16 membri fondatori e gli 8 paesi che hanno aderito all'OCSE entro gli anni Ottanta.

Per ogni paese viene indicato (vedi **tabella 1**) sia il modello sanitario predominante, sia gli altri modelli che vengono comunque utilizzati in forma ausiliaria. Come si sarà intuito anche dagli esempi riportati in precedenza, i 7 modelli sanitari non sono infatti tra loro mutualmente esclusivi: nello stesso paese possiamo vedere all'opera più di un modello simultaneamente.

Concentriamoci, in prima battuta, sul modello prevalente. Se ci soffermiamo su questo criterio, all'interno dei 24 paesi analizzati non è difficile individuare alcune famiglie di sistemi simili.

La famiglia più numerosa è quella dei paesi Beveridge. Undici paesi adottano infatti, come modello principale, il servizio sanitario nazionale. Di questi 11 paesi, due (Spagna e Portogallo) adottano però, in funzione ausiliaria, anche qualche forma di assicurazione sociale di malattia.

Tabella 1- I sistemi sanitari in 24 paesi OCSE

	Modello prevalente	Altri modelli utilizzati
Australia	Universalistico single-payer	Mercato e AV
Austria	ASM	Mercato e AV
Belgio	ASM	Mercato e AV
Canada	Universalistico single-payer	Mercato e AV
Danimarca	SSN	Mercato e AV
Finlandia	SSN	Mercato e AV
Francia	ASM	AV, mercato e progr residuali
Germania	ASM	AV, mercato e progr. residuali
Giappone	ASM	AV, mercato e progr. residuali
Grecia	ASM, SSN e mercato	AV
Irlanda	SSN	Mercato e AV
Islanda	SSN	Mercato e AV
Italia	SSN	Mercato e AV
Lussemburgo	ASM	Mercato e AV
Norvegia	SSN	Mercato e AV
Nuova Zelanda	SSN	Mercato e AV
Paesi Bassi	Ass.ne nazionale e univers. single-payer	AV, mercato e progr. residuali

Portogallo	SSN	ASM, mercato e AV
Regno Unito	SSN	Mercato e AV
Spagna	SSN	ASM, mercato e AV
Svezia	SSN	Mercato e AV
Svizzera	Assicurazione nazionale	Mercato e AV
Turchia	ASM	AV, mercato e progr. residuali
USA	AV e progr. residuali	Mercato

Legenda
SSN: servizio sanitario nazionale. ASM: assicurazione sociale di malattia. AV: assicurazione volontaria

La seconda famiglia più numerosa è quella dei sistemi Bismarck. Sono sette i paesi che utilizzano come modello dominante, l'assicurazione sociale di malattia. Per ovviare ai limiti di copertura assicurativa di tale modello, più della metà di questi paesi finanzia qualche forma di programma residuale.

Due sono i paesi (Australia e Canada) che rispecchiano il modello universalistico single-payer. Mentre a incarnare il modello dell'assicurazione nazionale obbligatoria è soprattutto la Svizzera. Anche nei Paesi Bassi si ricorre al principio dell'assicurazione nazionale, in parallelo però con un sistema universalistico single-payer.

Gli Stati Uniti costituiscono – com'era immaginabile – un caso a sé. Il sistema americano è un mix di assicurazione volontaria e di programmi residuali. Anche la Grecia si rivela un caso *sui generis*, per il fatto di mescolare – in proporzioni simili – servizio sanitario nazionale, assicurazione sociale di malattia e mercato.

Questo è quanto emerge se ci si sofferma sulla colonna "modello prevalente". Se si considera però anche l'altra colonna, quella relativa ai modelli secondari, emergono elementi non meno interessanti. Viene infatti confermato che non esiste paese che utilizzi soltanto uno dei sette modelli illustrati in precedenza. Tutti i 24 paesi considerati hanno sistemi sanitari ibridi che compongono almeno tre – se non più – modelli differenti.

Prendiamo ad esempio l'Italia. Nel nostro paese abbiamo, come è noto, un servizio sanitario nazionale. Eppure – lo si è già detto in precedenza – molte prestazioni (cure dentarie, visite specialistiche, sedute di fisioterapia, ricoveri in case di cura private) sono acquistate privatamente, in regime di mercato. Più di un italiano su sei detiene poi, in aggiunta alla copertura del SSN, anche una polizza sanitaria integrativa (ANIA 2015). In Italia abbiamo insomma un mix di tre sistemi: SSN, mercato e assicurazione volontaria.

Nell'articolo si è fatto riferimento al caso francese: per la maggior parte della popolazione vige un sistema di ASM. I cittadini in difficoltà economica sono però coperti da un programma

residuale. Nove francesi su dieci stipulano una polizza assicurativa volontaria, a integrazione di quella obbligatoria. E nulla vieta, anche in Francia, di acquistare prestazioni sanitarie in regime di mercato. In Francia – così come in altri sei paesi – i modelli adottati sono quindi quattro.

Un caso particolare è costituito dal sistema olandese, che mescola addirittura 5 modelli differenti. Nei Paesi Bassi, l'assistenza sanitaria è infatti suddivisa in tre comparti distinti. Le spese mediche cosiddette "eccezionali" (legate soprattutto all'assistenza dei disabili e alla long-term care) sono coperte da uno schema universalistico single-payer. Il secondo comparto, costituito dal pacchetto-base delle cure essenziali, è affidato a un sistema di assicurazione nazionale obbligatoria; alcune categorie (come i membri delle forze armate o i rifugiati) godono di appositi programmi residuali. Esiste poi un terzo comparto, quello delle prestazioni considerate "supplementari" (cure dentarie, fisioterapia, medicine alternative, chirurgia estetica, etc.), che sono lasciate al mercato o all'assicurazione volontaria.

Conclusioni

In questo articolo viene avanzata una classificazione dei sistemi sanitari che in parte riprende e in parte integra la classificazione tripartita standard. Alcuni dei 7 modelli qui illustrati (assicurazione volontaria, ASM e SSN) sono ripresi dalla classificazione standard. Il mercato viene però tenuto distinto dall'assicurazione volontaria. E la categoria dei paesi universalistici viene scomposta in due classi separate: quella dei SSN veri e propri, e quella dei sistemi single-payer. Vengono inoltre aggiunte 2 nuove categorie, i programmi residuali e l'assicurazione nazionale obbligatoria.

Così facendo, diversi casi nazionali che risultavano problematici e di difficile collocazione nella tripartizione standard trovano ora una classe – e quindi un'etichettatura – più appropriata.

Questa nuova proposta classificatoria è stata testata in riferimento a 24 paesi OCSE. Viene confermata l'esistenza di due grandi famiglie: quella dei paesi con un servizio sanitario nazionale (Beveridge), e quella dei sistemi di assicurazione sociale di malattia (Bismarck). Circa un quarto dei paesi OCSE qui considerati non appartengono però né all'una né all'altra famiglia; ma non sono neppure necessariamente sistemi di assicurazione volontaria. La classificazione presentata in questo lavoro consente di etichettare in modo più preciso proprio i paesi che non sono né Bismarck né Beveridge.

Ma la conclusione probabilmente più interessante che emerge dal confronto tra 24 paesi riguarda la natura ibrida dei sistemi sanitari. Tutti i paesi analizzati, nell'organizzare i servizi

sanitari sul proprio territorio, mescolano infatti almeno tre modelli differenti; alcuni paesi ne utilizzano anche 4 o 5 contemporaneamente.

Proprio la capacità di evidenziare la natura ibrida dei diversi sistemi sanitari sembra essere un punto di forza della classificazione qui avanzata. Quest'ultima, essendo articolata su sette modelli, consente infatti di individuare facilmente le diverse componenti di ogni sistema nazionale, cosa che la tripartizione standard tende invece a nascondere.

Una volta ribadita la natura ibrida dei sistemi sanitari, è opportuno, in sede di conclusioni, ricapitolare i principali elementi di somiglianza e di differenza che intercorrono tra i sette modelli presentati nei paragrafi precedenti. Per fare questo, conviene richiamare le sei dimensioni già individuate nell'introduzione.

Finanziatori e beneficiari

Nel modello del mercato chi usufruisce di una prestazione sanitaria è tenuto a pagarne l'intero costo. Ognuno paga esattamente quello che consuma: c'è quindi perfetta corrispondenza tra chi beneficia dei servizi e chi li finanzia. Nei programmi residuali, al contrario, chi finanzia il programma coincide solo in parte (o può non coincidere affatto) con chi ne beneficia. Negli altri cinque modelli, vale la logica assicurativa: molti contribuiscono finanziariamente allo schema di *risk pooling*, acquisendo il diritto – in caso di malattia – a essere rimborsati delle spese mediche sostenute. Chi si assicura ma non usufruisce poi di prestazioni sanitarie contribuisce comunque al finanziamento del sistema: i sani finiscono così per pagare le cure di chi si ammala.

Il numero e la natura dei soggetti assicuratori

In letteratura (Kutzin 2001; Hussey e Anderson 2003) si è soliti distinguere tra sistemi *single-payer* (quando si ha un unico assicuratore per l'intera popolazione) e sistemi *multi-payer* (quando nello stesso paese opera una pluralità di assicuratori). Il modello universalistico e il SSN sono pertanto sistemi *single-payer*. L'assicurazione volontaria, l'ASM e l'assicurazione nazionale obbligatoria sono al contrario modelli *multi-payer*.

Nei sistemi *multi-payer*, è rilevante la natura giuridica degli assicuratori: nell'ASM le casse di malattia sono necessariamente organizzazioni no profit; nell'assicurazione volontaria e nell'assicurazione nazionale obbligatoria gli assicuratori possono essere sia no profit sia for profit. Sempre all'interno dei modelli *multi-payer* si può poi ulteriormente distinguere tra i sistemi in cui gli assicuratori sono tra loro in competizione (è questo il caso dell'assicurazione volontaria e dell'assicurazione nazionale obbligatoria) e quelli in cui l'assegnazione degli

utenti all'assicuratore avviene d'ufficio, in base alla residenza o alla professione svolta (come nel modello classico dell'ASM).

La modalità di contribuzione

A seconda del modello, l'esborso economico da parte degli utenti può assumere forme diverse. Nel mercato diretto, gli utenti pagano l'intero *prezzo* delle prestazioni di cui usufruiscono: la spesa complessiva è quindi commisurata alle cure ricevute. Nei sistemi di assicurazione volontaria e di assicurazione nazionale obbligatoria, gli utenti pagano invece, ognun per sé, un *premio* assicurativo (l'entità del premio prescinde dalle prestazioni che si riceveranno, e può essere *risk rated* oppure *group rated*). Nel modello dell'ASM gli iscritti versano regolari *contributi* di malattia, prelevati sui soli redditi da lavoro. Nel modello universalistico *single-payer*, nel SSN e nei programmi residuali, gli schemi assicurativi vengono finanziati tramite *tributi* (sono perciò tassati tutti i redditi, solitamente in modo progressivo).

I rapporti tra assicuratori e fornitori

Assicuratori e providers in alcuni modelli sono tra loro integrati (ciò significa che il medesimo soggetto funge sia da assicuratore sia da fornitore), mentre in altri sono soggetti separati. Nei sistemi *integrati*, gli assicuratori erogano quindi direttamente le cure ai propri assistiti. Nei sistemi *separati*, i providers sono invece soggetti terzi, che gli assicuratori si limitano a rimborsare.

Il SSN è, come si è sottolineato in precedenza, un modello integrato. Il modello universalistico *single-payer* è invece, al contrario, un sistema separato. In linea generale, anche l'assicurazione volontaria, l'ASM e l'assicurazione nazionale obbligatoria sono modelli separati, per quanto può capitare che vi siano – all'interno di tali sistemi – singoli assicuratori che preferiscono erogare le prestazioni sanitarie in prima persona. I programmi residuali possono essere sia integrati sia separati.

La libertà di scelta degli utenti

La libertà di scelta riconosciuta ai singoli utenti varia sensibilmente a seconda del modello. La libertà è massima nei sistemi di mercato e di assicurazione volontaria; in tali modelli, l'utente non ha infatti alcun obbligo assicurativo e può liberamente scegliere se assicurarsi o meno, con chi eventualmente assicurarsi, da chi farsi curare. La libertà dell'utente è invece molto ridotta nel modello del SSN: tutti i residenti sono costretti a contribuire – tramite le imposte –

al finanziamento del sistema, non c'è libertà di scelta dell'assicuratore, e anche la scelta del provider può essere limitata ai soli fornitori pubblici.

Gli altri modelli ricadono – per quanto riguarda la libertà di scelta – in posizioni intermedie. SSN a parte, negli altri sistemi la scelta del fornitore è solitamente libera, a meno che non si concordino formule diverse con la propria compagnia assicurativa (come nel caso della *managed care* in Svizzera o negli Stati Uniti). Il sistema universalistico, essendo *single-payer*, non consente di scegliere l'assicuratore, ma solo i fornitori. Nell'assicurazione nazionale vi è l'obbligo a sottoscrivere una polizza, ma si è liberi di scegliere sia l'assicuratore sia il fornitore. Nel modello dell'ASM, l'obbligo di assicurarsi vige solo per alcune categorie di lavoratori; questi ultimi, nella maggior parte dei paesi, non possono scegliere l'assicuratore, mentre hanno piena libertà di scelta del provider.

Il ruolo dello Stato

Veniamo infine al ruolo giocato dallo Stato in campo sanitario. In tutti i modelli, alle agenzie pubbliche compete la regolazione dei fornitori di prestazioni sanitarie. Nel mercato diretto i compiti dello Stato si limitano a questo. Nel modello dell'assicurazione volontaria lo Stato non impone alcun obbligo ad assicurarsi ma può avere interesse a regolare – in modo talvolta anche molto incisivo – il mercato assicurativo, come avviene negli Stati Uniti. Nell'ASM e nell'assicurazione nazionale obbligatoria, lo Stato impone ai lavoratori o all'intera popolazione di assicurarsi: gli assicuratori rimangono soggetti privati, ma la regolazione pubblica degli assicuratori è, in questo caso, molto stringente.

L'intervento pubblico risulta ancora più rilevante nei programmi residuali, nel modello universalistico e nel SSN. In questi modelli lo Stato non si limita infatti a funzioni regolative, ma agisce – in prima persona – da assicuratore. L'intervento pubblico è massimo nel SSN, in quanto lo Stato non solo funge da assicuratore ma anche da erogatore dei servizi.

Bibliografia

ANIA (2015), *Fondi sanitari, la necessità di un riordino*, Roma, Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici.

Biller-Andorno N. – Zeltner T. (2015), *Individual Responsibility and Community Solidarity – The Swiss Health Care System*, in «The New England Journal of Medicine», vol. 373, n. 23, pp. 2193-2197.

Blank R. – Burau V. (2004), *Comparative Health Policy*, Basingstoke, Palgrave Macmillan.

Böhm K. – Schmid A. – Götze R. – Landwehr C. – Rothgang H. (2013), *Five types of OECD healthcare systems: Empirical results of a deductive classification*, in «Health Policy», vol. 113, n. 3, pp. 258-269.

Chevreul K. –Berg Brigham K. – Durand-Zaleski I. – Hernández-Quevedo C. (2015), *France: Health system review*, in «Health Systems in Transition», vol. 17, n. 3, pp. 1–218.

Cylus J. –Richardson E. – Findley L. – Longley M. – O'Neill C. – Steel D. (2015), *United Kingdom: Health system review*, in «Health Systems in Transition», vol. 17, n. 5, pp. 1–125.

De Pietro C. – Camenzind P. – Sturny I. – Crivelli L. – Edwards-Garavoglia S. – Spranger A. – Wittenbecher F. – Quentin W. (2015), *Switzerland: Health system review*, in «Health Systems in Transition», vol. 17, n. 4, pp. 1–288.

Field M.G. (1973), *The concept of the "health system" at the macrosociological level*, in «Social Science & Medicine», vol. 7, n. 10, pp. 763-785.

Freeman R. – Frisina L. (2010), *Health Care Systems and the Problem of Classification*, in «Journal of Comparative Policy Analysis», vol. 12, n. 1-2, pp. 163-178.

Frenk J. – Donabedian A. (1987), *State intervention in medical care: types, trends and variables*, in «Health Policy and Planning», vol. 2, n. 1, pp. 17-31.

Hussey P. – Anderson G.F. (2003), *A comparison of single- and multi-payer health insurance systems and options for reform*, in «Health Policy», vol. 66**,** n. 3, pp. 215-228.

Kutzin J. (2001), *A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements*, in «Health Policy», vol. 56, n. 3, pp. 171-204.

Lee S.L. – Chun C.B. – Lee Y.G. – Seo N.K. (2008), *The National Health Insurance system as one type of new typology: The case of South Korea and Taiwan*, in «Health Policy», vol. 85, n. 1, pp. 105-113.

Mapelli V. (2012), *Il sistema sanitario italiano*, Bologna, il Mulino.

Marchildon G.P. (2013), *Canada: Health system review*, in «Health Systems in Transition», vol. 15, n. 1, pp. 1-179.

Marmor T. – Oberlander J. (2011), *The patchwork: Health reform, American style*, in «Social Science & Medicine», vol. 72, n. 2, pp. 125-128.

Mossialos E. – Dixon A. (2002), *Funding health care: an introduction*, in Mossialos E. – Dixon A. – Figueras J. – Kutzin J. (a cura di), *Funding health care: options for Europe*, Buckingham, Open University Press, pp. 59- 79.

OCSE (1987), *Financing and Delivering Health Care: A Comparative Analysis of OECD Countries,* Parigi, Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico.

OCSE (2002), *OECD Health Data 2002. A Comparative Analysis of 30 Countries*, Parigi, Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico.

OCSE (2015), *OECD Health Statistics 2015*, Parigi, Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (http://www.oecd.org/health/health-data.htm).

Rice T – Rosenau P. – Unruh L. – Barnes A. – Saltman R. – van Ginneken E. (2013), *United States of America: Health system review*, in «Health Systems in Transition», vol. 15, n. 3, pp. 1– 431.

Roemer M. (1960), *Health departments and medical care – A world scanning*, in «American Journal of Public Health», vol. 50, n. 2, pp. 154-160.

Rothgang H. – Cacace M. – Frisina L. – Grimmeisen S. – Schmid A. – Wendt C. (2010), *The State and Healthcare. Comparing OECD Countries*, Basingstoke, Palgrave Macmillan.

Rothgang H. – Cacace M. – Grimmeisen S. – Wendt C. (2005), *The changing role of the state in healthcare systems*, in «European Review», vol. 13, n. 1, pp. 187-212.

Saltman R. (2004), *Social health insurance in perspective: the challenges of sustaining stability*, in Saltman R. – Busse R. – Figueras J. (a cura di), *Social health insurance systems in western Europe*, Maidenhead, Open University Press, pp. 3-20.

Terris M. (1978), *The Three World Systems of Medical Care: Trends and Prospect*, in «American Journal of Public Health», vol. 68, n. 11, pp. 1125-1131.

The European House-Ambrosetti (2015), *Meridiano Sanità. Rapporto 2015*, Milano, The European House-Ambrosetti.

Titmuss R. (1974), *Social Policy: An Introduction*, London, Allen & Unwin.

Toth F. (2009), *Le politiche sanitarie. Modelli a confronto*, Bari-Roma, Laterza.

Toth F. (2011), *«Yes, we did»? Luci ed ombre della riforma sanitaria di Obama*, in «Rivista Italiana di Scienza Politica», vol. 41, n. 1, pp.105-130.

Toth F. (2014), *La sanità in Italia*, Bologna, il Mulino.

US Census Bureau (2015), *Health Insurance Coverage in the United States: 2014*, Washington, US Government Printing Office.

Wendt C. (2009), *Mapping European healthcare systems: a comparative analysis of financing, service provision and access to healthcare*, in «Journal of European Social Policy», vol. 19, n. 5, pp. 432-445.

Wendt C. (2014), *Changing Health Care System Types*, in «Social Policy & Administration», vol. 48, n.7, pp. 864-882.

Wilensky H. – Lebeaux C. (1958), *Industrial Society and Social Welfare*, New York, Russell Sage Foundation.