

di **Silvia Guarducci**



Dopo l'indipendenza dall'URSS, l'organizzazione e il finanziamento del sistema sanitario estone sono stati totalmente riformati. Si è passati dal modello "Semashko" ad un sistema basato su l'assicurazione sociale obbligatoria, il decentramento/autonomia della gestione e la privatizzazione dei providers.

La sanità nei Paesi dell'Europa Centro-Orientale, dopo il crollo del Muro di Berlino, è andata incontro a profonde trasformazioni, di pari passo alla fase di transizione politica e economica. Nel capitolo Paesi dell'ex-modello Semashko[1], del libro di Gavino Maciocco [Politica Salute e Sistemi Sanitari](#), sono riportate le caratteristiche generali di tale trasformazione, con il riferimento ad alcuni Paesi, mentre qui descriviamo il sistema sanitario estone. Segnaliamo inoltre la recente monografia sull'Estonia della serie Health Systems in Transition[2].

IL SISTEMA SANITARIO ESTONE

L'Estonia, Repubblica Parlamentare Democratica, fa parte dell'Unione Europea e della NATO dal 2004. Dopo l'indipendenza dall'URSS nel 1991, ha sviluppato numerose riforme sociali ed economiche, che hanno portato a una continua crescita del PIL (circa 21.800 \$ pro capite nel 2008, ancora sotto la media Europea, ma in linea con le altre nazioni baltiche), insieme con aumento del tasso di occupazione, soprattutto nelle donne e nelle classi d'età più avanzate (il tasso di disoccupazione nel 2008 era il 5,1%).

La popolazione estone è circa 1.307.000 abitanti (2008), diminuita negli ultimi anni a causa di migrazioni e crescita naturale negativa.

La speranza di vita alla nascita è 78,1 anni per le femmine e 67,3 per i maschi, in aumento, anche se non aumenta di pari passo la speranza di vita sana (**Tabella 1**).

Tabella 1. Speranza di vita alla nascita e Speranza di vita sana (1990-2004)

Anno	1990	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2005
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

Speranza di Vita maschi	61.7	63.4	60.5	64.1	63.7	65.1	65.1	66.0	67.3
SVS maschi	56.8	59.9	57.3	59.2	58.7	60.2	58.8	58.9	n.d.
Speranza di Vita femmine	74.4	74.6	72.8	75.4	75.3	76.0	77.0	76.9	78.1
SVS femmine	66.4	68.8	65.0	67.3	68.5	68.2	69.6	68.9	n.d.

Fonte: Aru 2006

Note:SVS: Speranza di vita sana alla nascita;n.d.:non disponibile

L'andamento della speranza di vita in Estonia e negli altri paesi ex-comunisti dalla fine degli anni 80 in poi mostra un netto calo fino alla metà degli anni 90 e poi una ripresa più o meno decisa (**slide 1**). L'Estonia è stato uno dei pochi paesi che ha registrato un miglioramento della longevità della popolazione rispetto alla fase precedente al collasso dell'impero sovietico.

Slide 1. Speranza di vita alla nascita, in anni. Estonia e Paesi selezionati

Slide 1. Speranza di vita alla nascita, in anni. Estonia e Paesi selezionati.

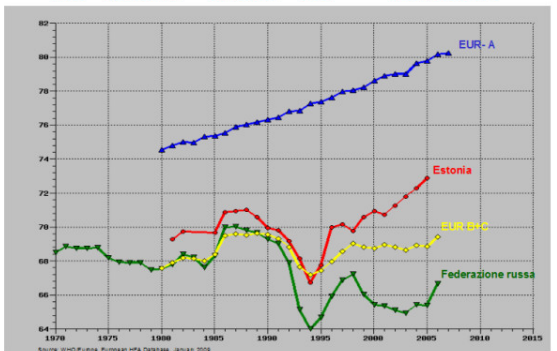


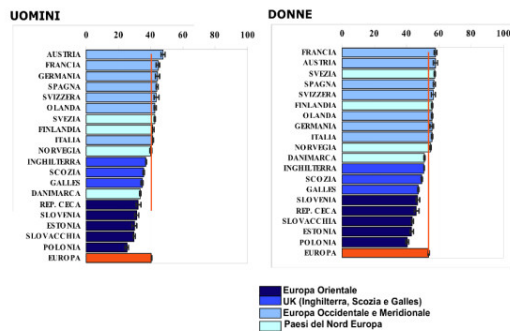
Fig. A-1: 27 countries in the WHO European Region with very low child and adult mortality (Andorra, Austria, Belgium, Croatia, Cyprus, Czech Republic, Denmark, Finland, France, Germany, Greece, Ireland, Iceland, Israel, Italy, Luxembourg, Malta, Monaco, the Netherlands, Norway, Portugal, San Marino, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland, United Kingdom)
 Fig. B-C: 26 countries in the WHO European Region with higher levels of mortality (Albania, Armenia, Azerbaijan, Belarus, Bosnia and Herzegovina, Bulgaria, Estonia, Georgia, Hungary, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Latvia, Lithuania, Montenegro, Poland, Republic of Moldova, Romania, Russian Federation, Serbia, Slovakia, Tajikistan, TFR, Macedonia, Turkey, Turkmenistan, Ukraine) (See The world health report 2004: Changing history, Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/whr/2004/en/) for methods and criteria.)

Clicca sull'immagine per ingrandirla

La mortalità infantile è 7,4 per 1000 nati vivi (8,6/1000 per i maschi, 6,2/1000 per le femmine). Nella **slide 2** è riportata la posizione dell'Estonia nella sopravvivenza a 5 anni per tutti i tumori rispetto ad altri paesi europei. Attualmente uno dei maggiori problemi di salute è rappresentato dall'alta incidenza di HIV (che ha avuto il picco nel 2001). I tassi di copertura vaccinale sono buoni (TC morbillo 96%).

Slide 2. Sopravvivenza relativa a 5 anni per tutti i tumori in Europa %

Sopravvivenza Relativa a 5 anni per tutti i tumori in Europa %



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Fonte: Studio Eurocare-3 (da Epicentro)

PRINCIPI FONDANTI E ARCHITETTURA ISTITUZIONALE

L'articolo 28 della Costituzione della Repubblica Estone garantisce il diritto alla protezione della salute e alla sicurezza sociale. Il sistema sanitario estone è:

1. fondato su un'assicurazione sociale obbligatoria e sull'accesso universale alle cure
2. garantito da provider che operano sotto le regole del privato.

Dopo l'indipendenza dall'URSS, l'organizzazione e il finanziamento del sistema sanitario sono stati totalmente riformati, ovvero si è passati da un'organizzazione tipo modello Semashko, ad un sistema basato su assicurazione sociale obbligatoria e decentralizzazione della gestione delle cure. Solo negli ultimi anni si sta verificando un processo di ri-centralizzazione per garantire migliori performance nelle zone con meno risorse e capacità gestionali.

L'organizzazione del sistema sanitario in Estonia è sotto la responsabilità del Ministero degli Affari Sociali (MSA) che si occupa di Salute, Welfare e Lavoro. Attraverso l'MSA e le sue Agenzie, lo Stato è responsabile per lo sviluppo e la pianificazione complessiva in sanità, compresa la salute pubblica e la supervisione sulla qualità e accessibilità ai servizi. La sua principale funzione è regolatoria. L'organizzazione del sistema comprende numerosi altri attori, tra cui il Fondo Estone per l'Assicurazione Sanitaria, organismo pubblico indipendente che ha il compito di agire come agenzia di acquisti, e le sue responsabilità includono :

1. raccogliere i fondi attraverso l'Assicurazione Sociale Obbligatoria
2. contrattare il prezzo dei servizi con i provider
3. pagare i provider per i servizi effettuati
4. rimborsare direttamente ai pazienti la spesa farmaceutica
5. indennizzare la sospensione temporanea da lavoro per malattia o maternità.

Il Fondo per l'Assicurazione è governato da 15 membri, rappresentanti dello Stato, dei datori di lavoro e delle organizzazioni dei lavoratori; il presidente è il Ministro degli Affari Sociali. **I provider sono completamente autonomi e decentralizzati**, i servizi possono essere forniti unicamente da individui o istituzioni che operano come entità private: gli ospedali sono compagnie a responsabilità limitata posseduti da aziende locali (a scopo di lucro) o fondazioni dello Stato, dei Comuni o di altre agenzie pubbliche (no-profit). I medici di Medicina Generale sono imprenditori o impiegati di compagnie private. I medici ospedalieri sono liberi professionisti a contratto.

FINANZIAMENTO E SPESA SANITARIA

Il sistema sanitario estone è finanziato principalmente da fondi pubblici (73,7%), rappresentati principalmente dall'Assicurazione Sociale Obbligatoria, alimentata dai contributi dei lavoratori, a cui si aggiungono contributi dello Stato e dei Comuni. La componente privata (25,6%) è rappresentata quasi esclusivamente dai pagamenti diretti dei pazienti (out-of-pocket) (**Tabella 2**). Come si può notare nella **Tabella 2**, la percentuale di spesa pubblica è diminuita durante gli ultimi anni, al contrario della spesa privata che è notevolmente cresciuta, soprattutto nella componente out-of-pocket.

Tabella 2. Fonti di finanziamento del sistema sanitario (1995-2006)

Fonti di finanziamento	1995	2000	2005	2006
Pubblico	89.8	76.4	76.6	73.7
Assicurazione sociale	77.4	66.0	66.2	62.5
Tasse (Stato e Comuni)	12.4	10.4	10.5	11.2
Privato	7.5	23.3	23.0	25.6
OOP	7.5	19.7	20.4	23.8
Assicurazioni private	0.0	1.0	0.3	1.1
Altro	0.0	2.6	2.3	0.7

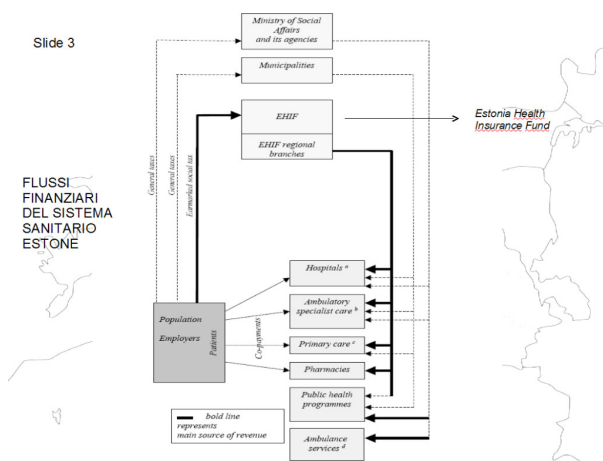
Finanziamenti esterni	2.7	0.3	0.3	0.6
-----------------------	-----	-----	-----	-----

Fonte: Ministero degli Affari Sociali 1999-2006

Note: OOP: Out-of-pocket

Il Fondo per l'Assicurazione Sanitaria è responsabile della raccolta dei fondi derivanti dall'assicurazione sociale, attraverso quattro branche regionali, agendo poi come unico acquirente dei servizi (**slide 3**).

Slide 3. Flussi finanziari del sistema sanitario estone



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Il Ministero degli affari sociali è responsabile direttamente della copertura dei costi per le cure d'emergenza sulle ambulanze e per le persone non assicurate, ed è il principale finanziatore dei programmi di salute pubblica. I fondi per tali attività derivano direttamente dal budget dello Stato.

I pagamenti out-of-pocket sono rappresentati soprattutto da co-pagamenti per i farmaci, per le visite specialistiche, per le visite domiciliari dei medici di medicina generale, e per i ricoveri della durata superiore ai 10 giorni, oltre che per le cure dentarie. Alla fine del 2006 circa il 95,2% della popolazione era coperta dall'assicurazione sociale obbligatoria offerta dal Fondo per l'Assicurazione Sanitaria.

Esistono 4 principali categorie di assicurati:

1. quelli che pagano i propri contributi assicurativi, ovvero il 13% dello stipendio (per i lavoratori dipendenti) o del reddito (per i liberi professionisti e lavoratori autonomi). Questa categoria rappresenta il 50,1% di tutti gli assicurati.
2. Quelli coperti dai contributi pagati dallo Stato (2,5% degli assicurati).
3. Quelli elegibili per la copertura assicurativa senza contributi (46,3% degli assicurati).
4. Quelli coperti sulla base di accordi internazionali (0,28% degli assicurati).

[I criteri di elegibilità all'assicurazione sociale e la percentuale di persone assicurate per ogni categoria, sono dettagliatamente illustrati nella tabella 3.3 a pag. 52 di Health System in Transition, Vol 10 n. 1 2008: Estonia, Health System review].

I lavoratori che pagano i contributi per l'assicurazione obbligatoria sono quindi il 50% della popolazione assicurata, la restante parte della popolazione è di fatto finanziata da loro, mostrando il sistema un forte elemento di solidarietà, ma anche preoccupazioni per la sua sostenibilità, dato l'invecchiamento della popolazione e la bassa natalità, il tutto complicato dai potenziali effetti di possibili recessioni economiche.

Per i non assicurati lo Stato paga solo per le cure d'emergenza. La **Tabella 3** mostra come attualmente stia diminuendo la percentuale di spesa sanitaria rispetto al PIL (attualmente il 5%, al di sotto della media europea - **slide 4**), ed in particolare la percentuale di spesa pubblica. La spesa sanitaria procapite è in aumento, in parallelo alla crescita dei pagamenti out-of-pocket (pagamenti diretti delle prestazioni).

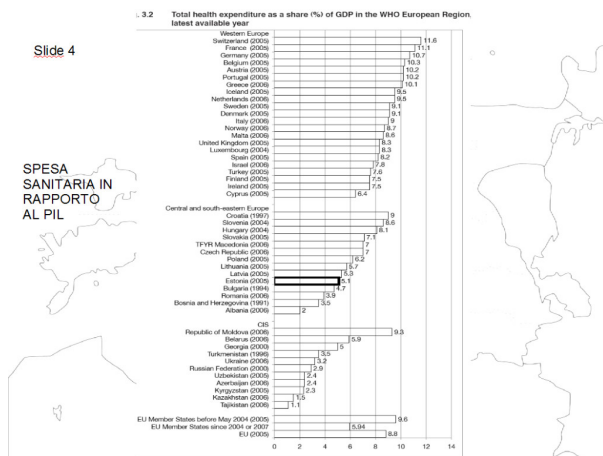
Tabella 3: Trend nella spesa sanitaria (1995-2006)

SPESA TOTALE PER LA SALUTE	1995	2000	2005	2006
% di Spesa sanitaria in rapporto al PIL	6.4	5.4	5.0	5.0
Spesa sanitaria pro capite €	240	544	845	n.d
% di spesa pubblica rispetto al PIL	5.3	4.1	3.8	3.7
% di spesa privata rispetto al PIL	0.7	1.3	1.2	1.3

Fonte: Ministero degli Affari Sociali 1999-2006

Note: PIL:prodotto interno lordo; n.d.: non disponibile

Slide 4. Spesa sanitaria in rapporto al PIL



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

ASSETTI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI

L'Estonia ha ereditato dall'era sovietica un sistema basato su una vasta rete di ospedali non efficienti e con strutture scadenti, associato all'assenza di una rete di cure primarie. Varie riforme strutturali e manageriali negli anni '90 hanno portato ad una riduzione del numero degli ospedali (e posti letto) e alla ristrutturazione della rete dei providers. Tali riforme sono tutt'ora in atto e hanno lo scopo di modernizzare il sistema e aumentare la diffusione di servizi di alta qualità, garantendo nel contempo un accesso sufficientemente equo ai servizi. Dal 2004 sono stati introdotti nuovi sistemi di finanziamento per gli ospedali fra cui i DRG ad affiancare i vecchi meccanismi di pagamento. Il processo di modernizzazione delle strutture è supportato da varie risorse, fra cui finanziamenti dell'Unione Europea. L'Estonia ha poi sviluppato un'organizzazione delle cure primarie ben attrezzata che si basa su medici di famiglia e infermieri che ricevono un'adeguata formazione universitaria.

PROBLEMI APERTI E SFIDE FUTURE

Negli ultimi anni l'Estonia ha totalmente rivoluzionato il suo sistema sanitario, riuscendo con ciò a registrare una crescente soddisfazione della popolazione, sia per quanto riguarda la qualità dei servizi, che per la possibilità di accesso alle cure. Tuttavia rimangono aperti numerosi problemi:

1. Stanno emergendo con sempre maggiore evidenza disuguaglianze nell'accesso ai servizi a danno dei gruppi più poveri della popolazione; come dimostra infatti la **slide 5** sul quintile più povero della popolazione si concentra un crescente carico di spesa out-of-pocket.

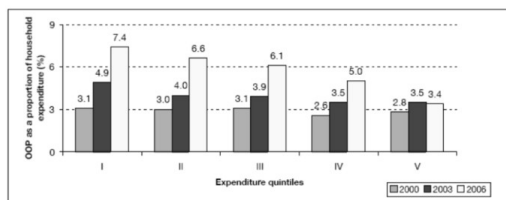
2. Persistenza di alti livelli di mortalità prematura, soprattutto tra gli uomini, a causa del fumo, dell'alcol, della scarsa attività fisica e dell'obesità; preoccupa inoltre la diffusione dell'HIV.
3. La bassa percentuale di spesa sanitaria rispetto al PIL.
4. La carenza di risorse umane, provocata dalla migrazione di medici e infermieri.
5. La sostenibilità del sistema a causa dell'invecchiamento della popolazione e della crescita naturale negativa, associato alla vulnerabilità in caso di crisi economica generale.

Questa resta la principale sfida del sistema, e per continuare a garantire solidarietà ed equità in futuro, sarà necessario trovare risorse aggiuntive.

Slide 5. Distribuzione dei pagamenti out-of-pocket

Slide 5. Distribuzione dei pagamenti out-of-pocket come proporzione della spesa delle famiglie per quintili negli anni 2000, 2003 e 2006.

Fig. 8.2 Distribution of out-of-pocket payments as a proportion of household expenditure by quintiles in 2000, 2003 and 2006



Source: Vörk 2008

Note: OOP: Out-of pocket (payment)

Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Risorse

1. **Paesi dell'ex-modello Semashko.** In Gavino Maciocco. Politica, salute e sistemi sanitari. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2008. [[PDF: 252 Kb](#)]
2. Koppel A, Kahur K, Habicht T, Saar P, Habicht J and van Ginneken E. **Estonia: Health system review.** Health Systems in Transition 2008; 10(1): 1-230 [[PDF: 3,6 Mb](#)]