

Luca Valerio e Valeria Fabbrini



Perché tutto funziona in Svezia? Forse perché, nel sistema sanitario come nel resto del Paese, le decisioni pratiche sono sempre basate su principi chiari e solidi. Con ottimi risultati, almeno fino ad oggi.

Terza nell'Unione Europea per superficie (450,000 km<sup>2</sup>), ma terzultima per densità (solo 20 ab/km<sup>2</sup>), la Svezia è notoriamente uno dei Paesi più sviluppati del mondo. Non sorprende quindi che oltre il 14%<sup>[1]</sup> dei suoi 9.000.000 di abitanti sia nato all'estero. Quasi tutti poi vivono in città - l'85%, quota in continua crescita.

La speranza di vita è fra le più alte al mondo (81,4 anni nel 2009), e in generale la dinamica demografica è in salute, con un indice di fertilità di 1,91 nel 2008 (in crescita dal 1999 dopo il declino degli anni '90) e il 17% della popolazione over 65, più o meno la media OECD (solo Italia, Giappone e Germania superano il 20%)<sup>[2]</sup> (**Tabella 1**).

**Tabella 1 - Principali indicatori demografici, Svezia 2007**

	Svezia	Media OECD	Posizione OECD	Media EU19	Posizione EU19
<b>Speranza di vita alla nascita - donne (anni)</b>	83,00	81,89	9	81,89	6
<b>Speranza di vita alla nascita - uomini (anni)</b>	78,90	76,34	5	76,00	1
<b>Speranza di vita alla nascita - entrambi i sessi (anni)</b>	81,10	79,13	6	78,95	3**
<b>Mortalità infantile (morti/ 1,000 nati vivi)</b>	2,50	5,14*	4*	3,88	2***

Fonte: OECD Health Data 2010

[\*dati 200; \*\*i primi due posti sono occupati da Italia e Spagna;\*\*\*il primo posto è occupato dal Lussemburgo]

La Svezia è una monarchia parlamentare, con tre livelli di governo:

- l'esecutivo centrale, affiancato dal parlamento ( *Riksdag* );
- i 21 consigli di contea ( *Landsting* ), equivalenti alle nostre regioni;
- i 290 municipi.

## PRINCIPI FONDANTI E ARCHITETTURA ISTITUZIONALE

Il cardine del sistema sanitario è la **Legge sui Servizi Sanitari e Medici del 1982** , che ha delineato **tre principi fondanti in ordine gerarchico**:

1. **Dignità umana**, per cui tutti godono degli stessi diritti.
2. **Bisogno e solidarietà**, per cui la precedenza nelle cure sanitarie spetta ai più bisognosi.
3. **Costo-efficacia**, per cui la scelta fra diverse alternative deve dipendere dal rapporto fra costi e benefici.

Questi principi sono presi molto sul serio dai legislatori svedesi. Lo dimostra un'integrazione del 1997 che, per permetterne l'applicazione pratica, ha esplicitato il secondo principio in una gerarchia di quattro gruppi di condizioni ordinate per bisogno: dal primo, comprendente le malattie a rischio di vita, le malattie croniche e (degno di nota) le cure palliative, al quarto, con condizioni come la chirurgia estetica.

Quella legge configurava un **modello universalistico di tipo Beveridge** , perché, pur sopravvivendo una "assicurazione sanitaria nazionale", questa è finanziata quasi integralmente dalla fiscalità generale.

Negli anni successivi, la riforma DAGMAR del 1985 ha spostato la responsabilità finanziaria della sanità primaria e secondaria dall'assicurazione nazionale ai *Landsting*, e la riforma AEDEL del 1992 ha trasferito quella per l'assistenza ad anziani e disabili (e poi anche per i disabili psichici) dai *Landsting* ai municipi. Ne risulta che il sistema sanitario riflette l'organizzazione a tre livelli dello stato, ma **il ruolo dei *Landsting* supera quello del livello centrale e del livello municipale**. Situazione che illustra bene una delle differenze, la **tendenza al decentramento**, fra il filone scandinavo dei sistemi Beveridge e quello britannico-irlandese.

## Organizzazione del sistema

**Il livello centrale**, con il Ministero del Welfare e della Salute, coadiuvato dal Comitato Nazionale per la Sanità e il Welfare (*Socialstyrelsen*), ha compiti di programmazione, che includono anche la promozione della salute e la prevenzione (se ne occupa il *Folkhälsoinstitutet*, Istituto Nazionale di Sanità Pubblica). I suoi successi sono considerevoli: basti citare la “zero-vision” sulla mortalità per incidenti stradali, cioè l’obiettivo di azzerarla (nel 2007 era 4,7/100.000 abitanti/anno, la più bassa in Europa con l’Olanda); e la più bassa proporzione di fumatori in Europa (quasi dimezzati quelli di sesso maschile negli anni ‘90). Più difficili da controllare risultano l’obesità e l’alcolismo[3].

**A livello regionale**, i 20 *Landsting* erogano l’assistenza primaria, secondaria e terziaria.

In particolare, l’assistenza primaria (in ambulatori polifunzionali, almeno uno per municipio) e secondaria (in 40 ospedali di distretto e 20 ospedali centrali di contea) sono gestite, nella maggioranza delle contee, dai Distretti Sanitari, autorità analoghe alle ASL italiane. Le cure terziarie, invece, sono organizzate in modo peculiare: l’intero territorio nazionale è diviso in 6 regioni, ciascuna comprendente più *Landsting* per un totale di circa un milione di cittadini, e servita da un ospedale regionale ad alta intensità tecnologica.

**Il livello locale**, cioè i municipi, si occupa dei servizi di comunità - servizi sociali, assistenza domiciliare, assistenza ad anziani, disabili e disabili psichici.

**La maggioranza dei provider sono dipendenti pubblici**: non solo i medici ospedalieri, ma anche i medici di base, i farmacisti (dal 1971) e i dentisti, a segnare una seconda importante differenza rispetto ai sistemi Beveridge non scandinavi.

La quota di operatori privati varia sensibilmente da zona a zona, toccando i livelli massimi nelle aree urbane.

## Finanziamento e spesa sanitaria

La spesa sanitaria è in maggioranza pubblica (l’81,9% nel 2008)[2] (**Tabella 2**)

**Tabella 2. Andamento della spesa sanitaria svedese (1980-2007)**

Spesa sanitaria	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2006	2007
<b>Spesa sanitaria totale procapite (in dollari USA)</b>	946	1273	1596	1745	2283	2958	3124	3323

<b>Spesa sanitaria totale in % del PIL</b>	8,9	8,5	8,2	8,0	8,2	9,2	9,1	9,1
<b>Spesa sanitaria pubblica (in % della spesa sanitaria totale)</b>	92,5	90,4	89,9	86,6	84,9	81,6	81,6	81,7
<b>Spesa sanitaria privata (in % della spesa sanitaria totale)</b>	7,5	9,6	10,1	13,4	15,1	18,4	18,4	18,3

Fonte: OECD Health Data 2010

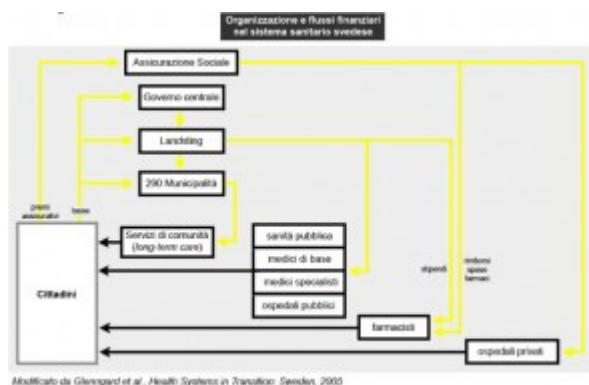
La prima fonte sono le tasse dovute a tutti e tre i livelli di governo. I *Landsting* non riescono però ad autofinanziarsi e, per garantire l'equità dei servizi su tutto il territorio, ricevono dallo Stato dei trasferimenti in base a criteri demografici, geografici e socioeconomici.

Nella maggior parte dei *Landsting* c'è poi un secondo livello di trasferimento, più regolato: il *Landsting* devolve la responsabilità finanziaria ai distretti sanitari, finanziandoli per il 50% con un sistema di global budgeting, e per il 50% con sistemi di pagamento prospettico come i DRG (quota in costante crescita).

Un secondo flusso finanziario, anch'esso pubblico, copre le cure dentarie e i farmaci e protegge i cittadini dalle perdite di reddito dovute a malattia: è l'assicurazione sociale obbligatoria alimentata da quote versate dai datori di lavoro - ultimo residuo del sistema assicurativo in vigore nel secondo dopoguerra. Si può stimare che rappresenti circa il 15% della spesa sanitaria totale dei *Landsting*.

Nel complesso, **il sistema risulta dunque marcatamente decentrato (Figura 1)**. La quota di finanziamento pubblico è andata diminuendo nel tempo, per l'aumentare di servizi ad alto tasso di co-payment (cure dentarie, farmaci) che mantengono alcune diseguaglianze nell'accesso; eppure nel 2002 era ancora la più alta fra i Paesi nordici. Inoltre, caso notevole fra i Paesi ad alto reddito, la combinazione dei due flussi di denaro pubblici è stata efficace nel mantenere basse le spese *out-of-pocket*, la cui quota è addirittura diminuita fra il 1998 e il 2003[2].

## Figura 1



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

**La percentuale del PIL dedicata alla sanità** è in linea con la media OECD (9,4% of GDP nel 2008) ( **Figura 2** ) e, nonostante anni di lieve diminuzione, risulta la più alta fra i grandi Paesi europei con sistemi sanitari di tipo Beveridge (Italia, UK, Spagna), ma comunque più bassa dei grandi Paesi con modello mutualistico (Francia, Austria, Germania). In ogni caso, **la spesa sanitaria assoluta pro capite è al di sopra sia della media OECD sia di quella europea** (3470 US\$PPP nel 2008), ma comunque ancora inferiore a quella di Francia, Austria e Germania (**Figura 3**).

**Figura 2.** Spesa sanitaria totale come % del PIL. Paesi selezionati, 2008

Figura 2. Spesa sanitaria totale come % del PIL. Paesi selezionati. 2008. Fonte OECD 2010

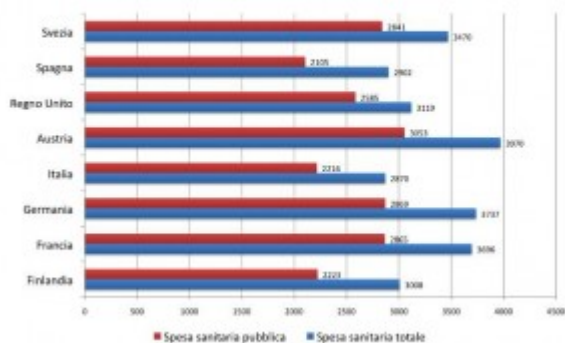


Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Fonte: OECD 2010

**Figura 3. Spesa sanitaria totale e spesa sanitaria pubblica. Paesi selezionati, 2008**

Figura 3. Spesa sanitaria totale e spesa sanitaria pubblica. Paesi selezionati. 2008. Fonte OECD 2010



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Fonte: OECD 2010

## EFFICIENZA E COSTI

Negli ultimi quindici anni, ha ricevuto molta attenzione il problema delle liste di attesa, considerato una delle poche ragioni che alimentano la crescita dell'altresì piccolo mercato delle assicurazioni sanitarie private. Nel 2005 è stata introdotta la regola "0-7-90-90": ogni *Landsting* garantisce il contatto immediato con il sistema sanitario in emergenza, e attesa massima di 7 giorni per una visita da un medico di base, 90 giorni per una diagnosi specialistica, 90 giorni per il trattamento; il mancato rispetto di questa tempistica autorizza il cittadino a rivolgersi, a spese del *Landsting* di appartenenza, a un altro *Landsting* o ai privati.

In ogni caso, che il sistema sanitario svedese sia molto efficace lo mostra un indicatore per tutti: **la mortalità evitabile, la più bassa nell'OECD**[\[4\]](#). Le ultime riforme significative si sono dunque concentrate sull'efficienza economica, specie nel campo farmaceutico:

- nel 2002 è stata fondata un'autorità che ha il compito di decidere quali farmaci sono rimborsabili;
- dal 1997 tutti i *Landsting* possono contrattare separatamente con le aziende farmaceutiche;
- i pazienti hanno un tetto annuale massimo di spesa a loro carico, superato il quale iniziano i sussidi statali.

## RIFORME IN CORSO E PROSPETTIVE

Il tema di maggiore attualità è quello dell'equità e dell'accesso: diseguaglianze notevoli si registrano fra campagne e città, e fra diversi gruppi socioeconomici. Eppure, negli ultimi due anni il sistema è incorso in profondi mutamenti, che non necessariamente risolveranno queste criticità[5].

Il privato è in crescita: erano private il 29% delle visite mediche nel 2008. I sottoscrittori di assicurazioni private sono raddoppiati fra il 2004 e il 2008 (dal 2,3% al 4,6% della popolazione). E, soprattutto, **l'attuale governo ha scelto proprio l'introduzione del mercato nella sanità** come mezzo per migliorare l'accesso alle cure:

- nel 2007 ha legalizzato la privatizzazione degli ospedali e la creazione di società sanitarie for-profit;
- nel 2008 ha ridotto la copertura dell'assicurazione nazionale sulle assenze dal lavoro e sulla disoccupazione;
- nel 2009 ha abolito il quarantennale monopolio di stato sulle farmacie[5].

In questi mesi cominciano ad essere introdotti meccanismi di libera scelta del provider da parte del paziente. Obiettivo di per sé encomiabile. Contemporaneamente, però, è entrato in vigore un nuovo sistema di pagamento dei medici di base che ripristina, il meccanismo capitaro, il *fee-for-service*, e aggancia per la prima volta il pagamento dei medici al numero di visite (come nelle HMO americane).

Se il mondo medico è allettato dalle "migliorate condizioni di lavoro" [6], alcune voci si sono già levate per far notare che interventi come questi potrebbero avere più rischi che benefici [7,8,9], per esempio privando di risorse le aree rurali, e spingendo i medici a fare visite più numerose del necessario, e troppo brevi per essere utili.

**Luca Valerio e Valeria Fabbrini.** Istituto di Igiene. Università Cattolica di Roma

## Bibliografia

1. Befolkningsstatistik i sammandrag 1960-2007.
2. OECD Health Data 2010
3. National Board of Health and Welfare. Folkhälsorapport 2009 [Public health report 2009]. Stockholm: Socialstyrelsen, 2009.
4. Nolte E, McKee M. [The health of nations: analysis of mortality amenable to health care](#). BMJ 2003;327:1129.
5. Burstrom B. Will Swedish healthcare reforms affect equity? BMJ 2009;339:b4566
6. Sjönell G, Stolt M. Vårdval Stockholm=08 Protos 32 [Free choice of care in Stockholm]. Läkartidningen 2008;105:829-30.



7. Läkarförbundet. Läkarförbundets vårdvalsenkät [Survey of the Swedish Medical Association on choice reforms]. Läkarförbundet, 2009.
8. Barr DA, Fenton L, Blane D. The claim for patient choice and equity. *J Med Ethics* 2008;34:271-4.
9. Fotaki M, Roland M, Boyd A, McDonald R, Scheaff R, Smith L. What benefits will choice bring to patients? Literature review and assessment of implications. *J Health Serv Res Policy* 2008;13:178-84.