

✖ Jacopo Bianchi e Maddalena Innocenti

Il finanziamento del sistema sanitario norvegese è coperto per l'85% dalla componente pubblica.

Il restante 15% della spesa sanitaria totale proviene quasi interamente dalla compartecipazione alla spesa dei pazienti, prevista per quasi tutte le prestazioni (tranne i ricoveri ospedalieri). Si pagano 24 euro per la visita del medico di famiglia, 41 euro per una visita specialistica, 29 euro per un esame radiologico, fino a 70 euro per prescrizioni farmaceutiche. Sono esentati i bambini, le donne in gravidanza e gli anziani con basse pensioni. Ma c'è un tetto ai ticket: 265 euro l'anno.

---

Saluteinternazionale.info ha pubblicato nel 2010 un post dedicato al [sistema sanitario norvegese](#). Torniamo sull'argomento alla luce di un recente rapporto dell'OMS (della serie *Health Systems in Transition*[1] - vedi **Risorse**) e degli ultimi dati dell'OCSE, pubblicati lo [scorso luglio](#).

La Norvegia con i suoi cinque milioni d'abitanti e gli oltre quattrocentomila chilometri quadrati di superficie è uno dei paesi meno densamente popolati d'Europa. Avendo goduto di diversi decenni di una forte crescita economica, iniziata negli anni 70 con lo sfruttamento di immensi giacimenti di petrolio, è uno dei paesi più ricchi al mondo. La Norvegia è una democrazia parlamentare, con tre differenti livelli amministrativi: lo stato, 19 contee e 429 municipalità. La Norvegia non è membro dell'Unione Europea, anche se intrattiene con essa solidi rapporti economici.

## Lo stato di salute

**Complessivamente è molto buono lo stato di salute delle popolazione norvegese.**

Nella **Tabella 1** sono riportati, per la Norvegia e altri 11 paesi selezionati, i dati della speranza di vita e degli anni potenziali di vita persi (*Potential years of life lost, PYLL*) per tutte le cause, per 100.000 abitanti. Quest'ultimo indicatore è una misura di mortalità prematura e quindi di mortalità potenzialmente evitabile. Si calcola sommando gli anni di vita persi dei soggetti deceduti, per tutte le cause, prima di 70 anni, per centomila abitanti. Così una morte neonatale vale 69 anni, quella di un 65enne 4 anni. La Norvegia tra i paesi scandinavi si trova dopo la Svezia, ma prima di Finlandia e Danimarca. In ambito europeo spiccano, oltre la Svezia, l'Italia, la Spagna e la Svizzera. Al di fuori dell'Europa ai due

estremi il Giappone, campione mondiale di longevità (per merito delle donne), e gli USA che registrano i dati di gran lunga peggiori sia nella longevità che nella mortalità potenzialmente evitabile.

**Tabella 1. Speranza di vita alla nascita e Anni potenziali di vita persi. Norvegia e altri paesi selezionati. Anno 2014.**

	Speranza di vita alla nascita (anni)		Anni potenziali di vita persi x 100.000 ab.	
	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi
Norvegia	84,2	80,1	1787,8	3072,4
Danimarca	82,8	78,7	2296,6	3580,4
Finlandia	84,1	78,4	1906,1	4109,5
Svezia	84,2	80,4	1784,5	2892,3
Italia	85,6	80,7	1805,8	3190,2
Spagna	86,2	80,4	1610,5	3067,4
Francia	86,0	79,5	2095,1	4178,5
Germania	83,6	78,7	2037,2	3626,1
Olanda	83,5	80,0	2170,5	3001,1
Svizzera	85,4	81,1	1742,4	2957,2
Regno Unito	83,2	79,5	2319,8	3679,6
Giappone	86,8	80,5	1683,2	3138,1
USA	81,2	76,4	3428,6	5736,6

Fonte: OECD Health Data, 2016

**Tuttavia non mancano contraddizioni e criticità.** Se da una parte si è nettamente ridotta la percentuale dei fumatori, in entrambi i sessi, raggiungendo uno dei livelli più bassi al mondo (13%), dall'altra - come osserva il citato rapporto dell'OMS - sono in aumento sovrappeso/obesità e il consumo di alcol.

Un dato inaspettato è l'alto tasso - il più alto tra i paesi OCSE - di lavoratori che si assentano per malattia, circa il 7%; il doppio rispetto gli altri paesi nordici.

**Nonostante il miglioramento degli standard di vita di tutti i norvegesi, esistono profonde disegualianze nella salute fra gruppi con differenti livelli di reddito e istruzione.** I bambini nati da madri con meno di 10 anni di scolarizzazione registrano una mortalità del 30-40% maggiore rispetto alle madri più istruite. I gruppi di popolazione più

svantaggiati registrano una prevalenza di malattie croniche del 50% superiore rispetto ai soggetti appartenenti ai gruppi benestanti. Differenze analoghe si registrano riguardo ai disturbi mentali.

## **Il finanziamento del sistema sanitario**

**Il sistema sanitario norvegese si basa sul modello Beveridge, dispone cioè di un Servizio Sanitario Nazionale che fornisce l'assistenza sanitaria a ogni cittadino norvegese attraverso il finanziamento proveniente dalla fiscalità generale.** Risale al 1912 la prima legge - "*Practitioners Act*" - che garantiva un equo accesso alle cure mediche di base per tutti, indipendentemente dal loro reddito. L'istituzione dello Schema Assicurativo Nazionale nel 1967 fu il passo decisivo per raggiungere la copertura universale dei servizi di welfare.

**La spesa sanitaria della Norvegia è tra le più alte al mondo (6.567 dollari pro-capite), preceduta nel ranking mondiale solo da USA (9.451 \$) e Svizzera (6.935 \$).** In fondo alla lista dei paesi selezionati (Tabella 2) troviamo Italia (3.272 \$) e Spagna (3.153 \$). Riguardo alla % del PIL destinato alla sanità registra il 9,9%, un dato più basso in confronto a quello rilevato in altri paesi con analoga elevata spesa sanitaria (es: Svizzera 11,5%, Germania 11,1%, Olanda 10,5%). Ciò si spiega con il PIL pro capite della Norvegia molto superiore rispetto al resto degli altri paesi europei.

**Il finanziamento del sistema sanitario norvegese è coperto per l'85% dalla componente pubblica:** dalla fiscalità generale (tasse statali e tasse locali) e, in piccola parte, dallo Schema Assicurativo Nazionale, alimentato dai contributi di imprese e dipendenti.

**Il restante 15% della spesa sanitaria totale proviene quasi interamente dalla compartecipazione alla spesa dei pazienti,** prevista per quasi tutte le prestazioni (tranne i ricoveri ospedalieri). Si pagano 24 euro per la visita del medico di famiglia, 41 euro per una visita specialistica, 29 euro per un esame radiologico, fino a 70 euro per prescrizioni farmaceutiche. Sono esentati i bambini, le donne in gravidanza e gli anziani con basse pensioni. **Ma c'è un tetto ai ticket: 265 euro l'anno.** Raggiunto tale tetto l'assistito è esente da contributi per la restante parte dell'anno. Le assicurazioni private hanno uno spazio minimo nella sanità norvegese e rappresentano appena lo 0,69% della spesa sanitaria totale.

[Nb: i dati sopra riportati si riferiscono all'anno 2012.]

**Tabella. Indicatori di spesa sanitaria. Norvegia e altri paesi selezionati. 2015**

	Spesa sanitaria totale pro-capite \$ PPP	Spesa sanitaria totale come % del PIL	Spesa sanitaria pubblica come % della spesa sanitaria totale
USA	9.451	16,9	49,4
Svizzera	6.935	11,5	67,9
<b>Norvegia</b>	<b>6.567</b>	<b>9,9</b>	<b>85,2</b>
Olanda	5.343	10,8	80,7
Germania	5.267	11,1	85,0
Svezia	5.228	11,1	83,7
Danimarca	4.943	10,6	84,2
Francia	4.415	11,0	78,6
Giappone	4.150	11,2	84,9
Regno Unito	4.015	9,8	79,0
Finlandia	3.984	9,6	75,5
Italia	3.272	9,1	75,5
Spagna	3.153	9,0	69,9

Fonte: OECD Health Data, 2016.

### La struttura e l'organizzazione

**La riforma sanitaria del 2002 ha reso il sistema norvegese “semidecentralizzato”**, perchè accanto al forte decentramento (già esistente) delle cure primarie e dei servizi territoriali che sono gestiti dalle municipalità (mentre le contee hanno la responsabilità delle cure odontoiatriche), le attività ospedaliere e specialistiche sono state accentrate e affidate al governo di quattro Autorità sanitarie regionali, a cui spetta la gestione delle strutture ospedaliere, vedi **Figura 1**.

### Figura 1. Architettura istituzionale del sistema sanitario norvegese.



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Fonte: [1]

Perseguendo una politica di contenimento dei costi, dagli anni '80 si è assistito nel settore ospedaliero ad una progressiva riduzione dei posti letto - riduzione del 37% dei posti letto per acuti tra il 1990 e il 2000, con il dato attuale che è di 2,4 posti letto per 1000 abitanti - e ad un aumento delle prestazioni ambulatoriali e in regime di day-hospital. E' aumentato pertanto il tasso di occupazione dei posti letto, si è ridotto il tempo medio di degenza e sono aumentati i tempi di attesa per trattamenti elettivi e visite specialistiche.

In risposta alle difficoltà di accesso alle cure specialistiche per coloro che vivono nelle aree rurali, distanti molti km dagli ospedali, negli ultimi anni ha assunto un ruolo sempre più importante l'utilizzo della telemedicina, strumento che rende possibile consulenze tra medici a distanza.

Inoltre, a fronte di un elevato tasso di assenze da lavoro per malattia, nel 2006 sono state create liste di attesa riservate ai soli lavoratori.

**Negli ultimi anni si è assistito ad un aumento di assunzioni di personale sanitario** (medici, infermieri ed ostetriche) e il numero di medici e infermieri per 100.000 abitanti è più alto in Norvegia rispetto alla maggior parte dei paesi europei. Ciò nonostante la distribuzione territoriale dei medici non risulta essere equa: essi sono concentrati nelle strutture ospedaliere e dunque nelle aree urbane.

**Le cure primarie e gli interventi di sanità pubblica sono invece erogati a livello territoriale e gestiti dei Comuni.** Interessante vedere come in Norvegia, nonostante non vi siano vaccinazioni obbligatorie, la copertura sia oltre il 90% per la maggior parte dei vaccini inclusi nel programma di prevenzione. Le cure primarie sono affidate ai medici di base, liberi professionisti che lavorano con contratto con i comuni. Ciascun medico di base ha in carico 1200-1500 pazienti.

Negli ultimi anni, si è cercato di potenziare i servizi territoriali, puntando ad una de-istituzionalizzazione dei soggetti più deboli. Questo è stato reso possibile attraverso una maggiore presa in carico dei pazienti complessi, un aumento delle prestazioni domiciliari, un potenziamento delle cure palliative e delle cure a lungo termine ed alla possibilità di erogazione di compensi economici da parte dei comuni ai caregivers.

Si riporta il percorso di una paziente, tratto dal citato rapporto OMS

### **DOLORE ALL'ANCA IN UNA SIGNORA DI 60 ANNI**

Una donna di 60 anni presenta dolore all'anca e leggera zoppia.

La signora si rivolge al suo medico di medicina generale, il quale la visita, le fa una diagnosi provvisoria di artrite e le richiede esame radiologico.

Dopo aver valutato il referto radiologico, il medico di medicina generale invia la signora al dipartimento di Ortopedia, che si trova di solito nell'ospedale pubblico di riferimento, per una valutazione ortopedica e successivamente per l'intervento chirurgico di cui la signora necessita.

La signora dovrà aspettare diversi mesi per l'intervento in elezione. Ha libero accesso a tutti gli ospedali pubblici della Norvegia, e il suo medico di medicina generale potrebbe consigliarle di farsi curare in una struttura con una lista d'attesa più breve. Se la signora non riuscisse a ricevere il trattamento necessario entro il tempo di attesa individuato dal primo ospedale, potrà contattare HELFO (una struttura amministrativa nazionale che si occupa anche di gestione delle liste di attesa), che la aiuterà a trovare un ospedale pubblico o privato alternativo. La signora potrebbe anche decidere di rivolgersi in maniera indipendente ad un ospedale privato, ma dovrebbe pagarsi in caso il costo dell'intero trattamento.

Dopo l'intervento chirurgico e la riabilitazione presso l'ospedale, la signora viene dimessa e rientra al proprio domicilio. La signora potrebbe aver bisogno di assistenza domiciliare (casa di cura e/o di assistenza domiciliare) e se il bisogno è certificato dall'ospedale o dal suo medico di famiglia, l'assistenza di cui necessita sarà erogata dal comune gratuitamente.

Il medico di medicina generale è responsabile per qualsiasi ulteriore follow-up e sarà sua responsabilità rinviarla ad esempio ad un fisioterapista.

Una visita in ospedale di follow-up è probabile che abbia luogo al fine di verificare il risultato del trattamento. La HELFO copre una parte dei costi sostenuti presso il dipartimento di ortopedia, una parte delle spese di viaggio, parte del costo delle visite specialistiche, tutti i costi di degenza e di riabilitazione in ospedale e parte del costo di fisioterapia eseguita dopo il rientro a domicilio.

Jacopo Bianchi e Maddalena Innocenti, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina preventiva, Università di Firenze.

## **Risorsa**

Ånen Ringard et Al. [Norway, Health system review](#) [PDF: 2,8 Mb]. Health Systems in Transition. WHO 2013; 15 (8).

## **Bibliografia**

1. Ånen Ringard et Al. Norway, Health system review, Health Systems in Transition. WHO 2013; 15 (8).