



# Stato sociale e sistema sanitario norvegese

**Jennifer Aramini**

per

**Comites di Oslo**

[jennifer.aramini@comitesoslo.org](mailto:jennifer.aramini@comitesoslo.org)

[www.comitesoslo.org](http://www.comitesoslo.org)

# Assistenza sanitaria

- L'assistenza sanitaria pubblica in Norvegia è chiamata Folketrygden. Per avere diritto alle prestazioni conformemente alla legge sull'assistenza sanitaria bisogna essere membri del sistema sanitario nazionale.
- 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).
- I comuni devono garantire un'adeguata assistenza sanitaria per tutti coloro che vivono sul territorio comunale.
- [Helsenorge.no](http://Helsenorge.no)

# Principali servizi sanitari coperti da Comuni

- «Helsestasjon»
- Medici curanti
- Pronto Soccorso
- Strutture per la riabilitazione ed il reinserimento
- Servizi sanitari come case di cura, assistenza personale, ospedali e “avlastningstiltak” (assistenza di supporto).

# Helsestasjoner

- Strutture sanitarie per bambini e adolescenti e che garantiscano la salute nelle scuole, cure prenatali e postnatali.
- Servizio gratuito per tutti i bambini e adolescenti (0-20 anni) e le donne in gravidanza.
- Composta da ostetriche, infermieri, medici e fisioterapisti. La clinica collabora anche con gli psicologi del comune, personale infermieristico, terapeuti familiari, assistenza all'infanzia, unità di coordinamento e, quando necessario col PPT (servizio di supporto pedagogico e psicologico).
- La clinica vede tutti i bambini fin dalla nascita, e viene fornita assistenza con attenzione allo sviluppo fisico e psico-sociale di un bambino.
- Vaccinazioni
- Controlli sullo sviluppo motorico e psicologico del bambino
- Guida l'allattamento al seno
- Nutrizione
- Sviluppo del linguaggio
- Controllo dentistico
- Genitorialità
- Vita di coppia e collaborazione (Familievernkontor)
- Interventi su violenza, abuso e abbandono (Barnevernet)

# Medico curante

- Chiunque sia residente in un comune norvegese è inserito nel cosiddetto «fastlegeordningen». Sono considerati residenti tutti coloro che si sono registrati nei comuni norvegesi.
- Il medico curante è responsabile della valutazione, la diagnosi e il trattamento dei pazienti inseriti nella propria lista. Il medico curante prescrive medicinali e rilascia certificati medici. Inoltre, il medico curante è responsabile per l'eventuale invio dei propri pazienti presso ospedali, medici specialisti o fisioterapisti. La visita dal medico curante comporta il pagamento di un ticket, fino al raggiungimento della frikort.
- Interprete: I pazienti hanno il diritto di ottenere informazioni sul proprio stato di salute e sugli eventuali trattamenti ricevuti in una lingua ad essi comprensibile, oltre ad avere il diritto a farsi capire.
- I lavoratori immigrati che non sono registrati come residenti di un comune norvegese non hanno diritto al medico curante. Ma tutti coloro che hanno bisogno di cure mediche immediate lo ottengono al pronto soccorso ("legevakt"), indipendentemente dal fatto che siano registrati in Norvegia o meno.
- Per informazioni su come trovare o sostituire il medico curante, chiamare il telefono 800 HELSE (800 43573) o consultare il sito [www.helsenorge.no](http://www.helsenorge.no).

# Egenandeler og frikort (for egenandelstak 1)

*Egenandelstaket for 2017 er 2 205 kroner.*

<b>Lege</b>	<b>Egenandel dagtid</b>	<b>Egenandel kveldstid</b>
Konsultasjon hos allmennlege/legevakt	152 kroner	257 kroner
Konsultasjon hos allmennlege/legevakt der legen er spesialist i allmennmedisin	201 kroner	305 kroner
Sykebesøk fra allmennlege/legevakt	205 kroner	328 kroner
Sykebesøk av allmennlege som er spesialist i allmennmedisin	240 kroner	363 kroner
Konsultasjon hos/eller sykebesøk fra spesialist	345 kroner	
Forespørsel, rådgivning ved frammøte eller bud	54 kroner	
Laboratorieprøver	54 kroner	
Røntgen	245 kroner	

# Principali servizi sanitari coperti dalle regioni

- Le autorità sanitarie regionali devono garantire l'accesso alle cure mediche negli ospedali e agli specialisti per tutti coloro che vivono o soggiornano temporaneamente nella regione in questione.

<https://helsenorge.no/velg-behandlingssted>

- Le regioni devono garantire un ragionevole accesso ai servizi odontoiatrici e specialistici ad essi collegati, a tutti coloro i quali vivono o risiedono temporaneamente nel territorio regionale.

<https://helsenorge.no/tannhelse>

# Principali servizi sanitari statali

- Malattia prolungata e riabilitazione
- Invalidità fisica e/o psichica
- Pensioni
- Sussidi di maternità e paternità

[www.nav.no](http://www.nav.no)



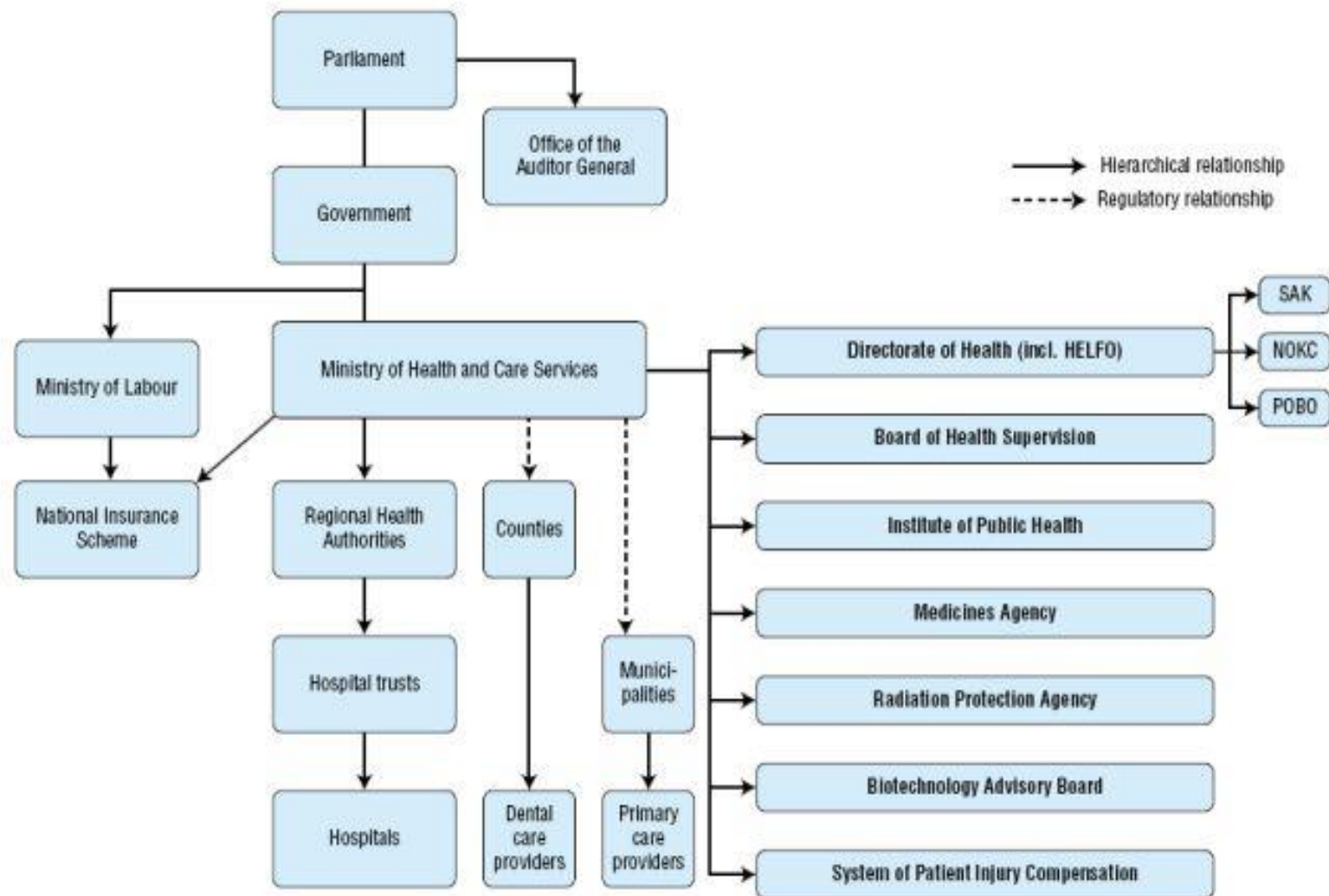
# Tutela dei diritti del paziente: «*Pasient og brukerrettighet lov*»

- La tutela dei pazienti viene sancita da una legge «La legge sui diritti dei pazienti e degli utenti» che è stata progettata per:
  - proteggere la parità di accesso ai servizi di buona qualità (non solo accesso ai servizi, ma anche assicurandosi che il paziente/utente venga seguito durante il processo di accesso).
  - contribuire a promuovere la fiducia tra i servizi ai pazienti e gli utenti sulla cura della salute, nonché salvaguardare il rispetto per la vita, l'integrità e la dignità del singolo paziente e utente.
  - I diritti derivanti dalla legge dei pazienti e utenti devono essere valutati in relazione con i doveri corrispondenti per il personale sanitario, come sancito dalle norme vigenti.
- Pasientombudet
- Helse og sosialeombudet
- <https://helsedirektoratet.no>

# Riforma sanitaria del 2002, rivisitata nel 2007

- Le strutture socio sanitarie tradizionali (il primo ospedale di carattere nazionale è stato costruito solo nel 1826) sono state realizzate in larga parte – in analogia agli altri paesi europei – fra il 1870 e il 1940, dopo che la Norvegia si era separata dalla Svezia (1905).
- 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.
- Dopo la seconda guerra mondiale il sistema sanitario e sociale si è gradualmente sviluppato secondo il modello Beveridge, in analogia agli altri paesi scandinavi.
- Nel 2002, Il Governo, per affrontare i problemi emergenti- tra i quali lunghe liste di attesa per il ricovero ospedaliero; incremento dei costi e del deficit; un sistema rigido con poche innovazioni; una non chiara suddivisione dei compiti, delle responsabilità e delle specializzazioni fra i vari ospedali; troppi piccoli ospedali- ha varato una riforma che recita: “The purpose of the health enterprises is to deliver specialized health care services of high quality and equity to anyone in need, independent of age, sex, area of living, economy, or ethnic origin, as well as facilitating research and innovation” .

# La struttura e l'organizzazione



# Modello «semidecentralizzato»

- La riforma ospedaliera del 2002 è stata accompagnata da una più chiara suddivisione dei compiti fra Stato – che tramite le 4 regioni e 22 Trust gestisce parte consistente della sanità – e i 431 comuni.
- Da parte del governo centrale, oltre alla rete ospedaliera (50 ospedali, 4 ospedali universitari di insegnamento), sono gestiti gli ospedali psichiatrici e i servizi specialistici.
- Alle municipalità è affidata la medicina di comunità (medici di base, prevenzione e promozione della salute), la riabilitazione, l'assistenza domiciliare e i ricoveri in lungodegenza con assistenza infermieristica.
- Il comune inoltre gestisce i servizi sociali

# Gli obiettivi delle norme che il governo sta emanando

- Incrementare la collaborazione fra i diversi ambiti del servizio sanitario.
- Promuovere un maggior coordinamento, con differenziazione dei compiti, fra gli ospedali, riducendo le liste di attesa.
- Far partecipare i comuni al cofinanziamento del trattamento ospedaliero, con una percentuale di finanziamento (20%) per i pazienti che non possono essere dimessi, per una inadeguata assistenza domiciliare o sociale, al termine del trattamento.
- Impegnare in misura maggiore i medici curanti nel sistema sanitario.
- Impegnare maggiormente le municipalità nell'ambito delle attività sanitarie, in particolare nel settore della prevenzione, anche secondaria (diabetici, cardiopatici etc.), oltre alla gestione di punti di primo soccorso specializzato (esami Rx, visite ortopediche, consulenza telefonica, organizzazione delle visite a domicilio, consulenza psichiatrica e letti di osservazione per le 24 ore).
- Investimenti nelle strutture sanitarie e, in particolare, negli ospedali, perseguendo una architettura di elevata qualità funzionale, con inserimento di tecnologie avanzate.

# Risultati riguardanti le liste d'attesa tra 2016, e 2015

- In media il tempo di attesa in somatica è stato di 60 dager: diminuzione di 8 giorni.
- In psichiatria per adulti 47 giorni: riduzione di 6 giorni.
- Nel settore specializzato in trattamenti per droghe e dipendenze il tempo di attesa medio è stato di 35 giorni: riduzione di 11 giorni.
- In psichiatria per bambini e adolescenza il tempo di attesa è sceso a 52 giorni: diminuzione di un giorno.
- La quota di fristbrudd, cioè il non dare assistenza medica entro la scadenza stabilita, è calata da 4,3 % del 2015 all' 1.4 % nel 2016. Questo dato è relativo a tutti i settori della sanità.
- Il numero di pazienti che richiedono assistenza e che sono stati presi in cura non cambia dal 2015 al 2016.
- Circa 45 000 pazienti in meno hanno dovuto attendere per l'assistenza medica nel 2016, in paragone con l'anno precedente. Una riduzione che in totale corrisponde al 19%.

*Fonte: Rapport fra Helsedirektoratet , des.2016*

# Lo stato di salute in Norvegia

**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

# Euro Health Consumer Index 2014

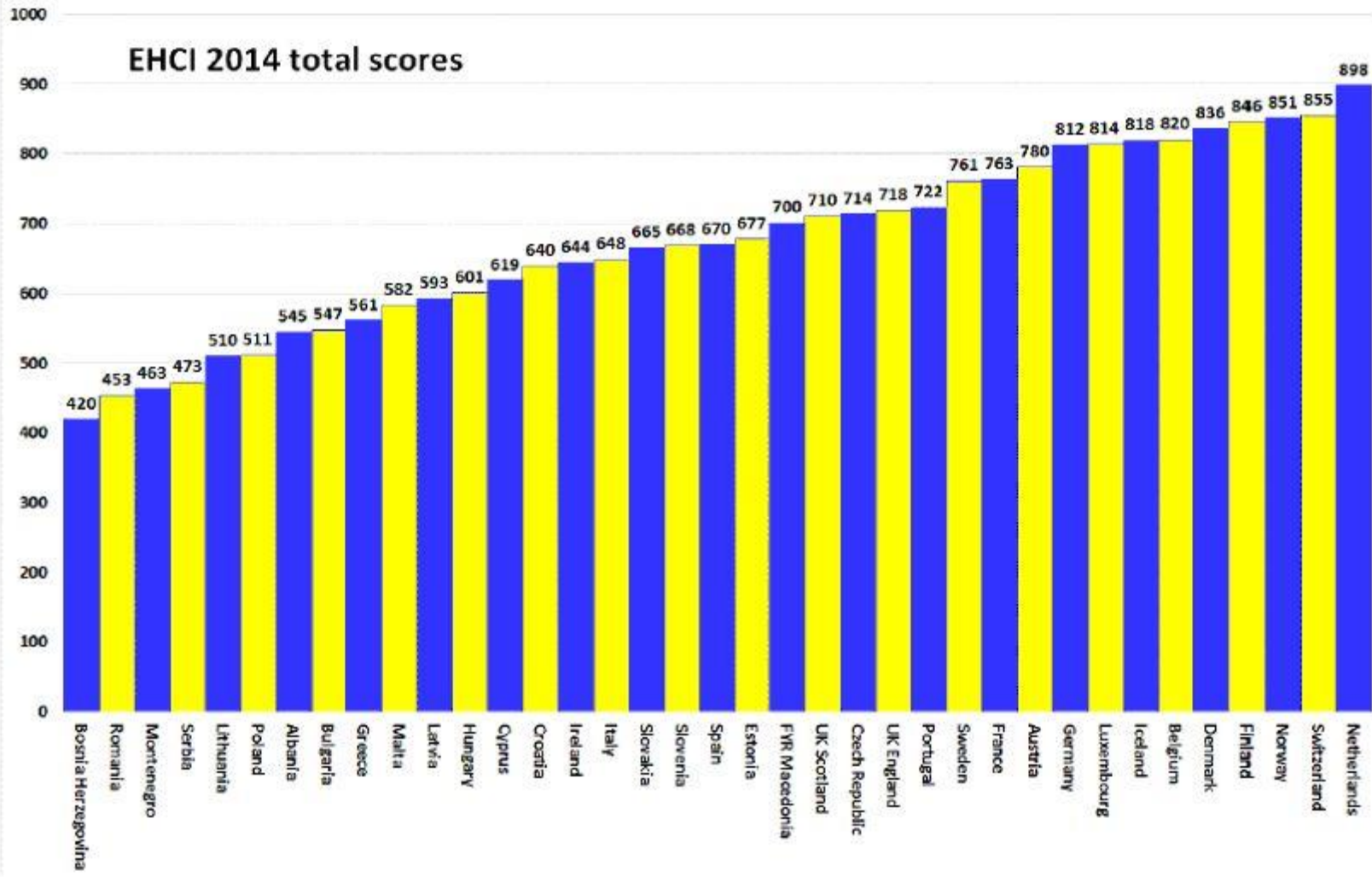
- «Ten years of open assessment have taught Health Consumer Powerhouse that there are surprisingly stable patterns of national healthcare systems of Europe. Some are quite positive: overall, the performance of almost every country improves year by year, offering more than 500 million people stronger patient influence, better access, reduced risk of medical failures, improved treatment outcomes and, even in times of significant funding pressure, extended range and reach of services in the public package”.



# Tabella 1. Peso relativo di ciascun area valutativa

<b>Area di valutazione</b>	<b>Peso relativo (Massimo punteggio totale)</b>
<b>Diritti e Informazione dei pazienti</b>	<b>150</b>
<b>Accessibilità – tempi di attesa</b>	<b>225</b>
<b>Risultati di salute</b>	<b>250</b>
<b>Gamma e accessibilità dei servizi offerti</b>	<b>150</b>
<b>Prevenzione</b>	<b>125</b>
<b>Prodotti farmaceutici</b>	<b>100</b>
<b>Punteggio totale</b>	<b>1000</b>

EHCI 2014 total scores



# Tabella 2. Sistemi Bismarck e Beveridge a confronto

#	Paese	Tempi di attesa	Risultati di salute	Spesa sanitaria pro capite (\$)*
1	Paesi Bassi	188	240	5.384,62
2	Svizzera	225	229	6.062,1
8	Lussemburgo	188	219	6.340,62
9	Germania	188	229	4.616,98
10	Austria	200	177	5.065,06
	Media Bismarck	197,8	218,8	5.493,88
3	Norvegia	138	240	5.970,32
4	Finlandia	175	219	3.544,66
5	Danimarca	200	198	4.719,76
7	Islanda	163	198	3.495,86
12	Svezia	88	219	4.157,78
	Media Beveridge	152,8	214,4	4.377,676

# Paesi classificatisi primi in graduatoria per ciascuna area valutativa

<b>AREA VALUTATIVA</b>	<b>1° IN CLASSIFICA</b>	<b>Punteggio ottenuto</b>	<b>Massimo punteggio conseguibile</b>
<b>1. Diritti e informazione dei pazienti</b>	Paesi Bassi	146	150
<b>2. Accessibilità</b>	Belgio, Svizzera	225	225
<b>3. Risultati di salute</b>	Paesi Bassi, Norvegia	240	250
<b>4. Gamma e accessibilità dei servizi offerti</b>	Paesi Bassi, Svezia	150	150
<b>5. Prevenzione</b>	Islanda, Norvegia, Spagna, Svezia	107	125
<b>6. Prodotti farmaceutici</b>	Finlandia, Germania, Irlanda, Paesi Bassi, Regno Unito	86	100

# Spesa sanitaria

- È tra le più alte al mondo
- 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. Ciò si spiega con il PIL pro capite della Norvegia molto superiore rispetto al resto degli altri paesi europei.
- 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.

# Indicatori spesa sanitaria

**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

# La Norvegia offre indubbiamente l'esempio di uno dei migliori servizi sanitari

- Fortemente integrato con i servizi sociali, che coniuga alcuni aspetti fortemente tradizionali (il ruolo dei medici di base).
- Un forte statalismo.
- Tecnologie innovative e investimenti di grande rilevanza.
- Interessante la partecipazione dei comuni nella gestione delle attività sanitarie, con primaria responsabilità nella medicina di comunità e un coinvolgimento nel finanziamento dei ricoveri non appropriati per durata di degenza, al fine di stimolarli alla realizzazione di strutture per anziani, non autosufficienti, assistenza domiciliare etc.