

Aspetti sul governo dei costi sanitari in Svezia

Convegno

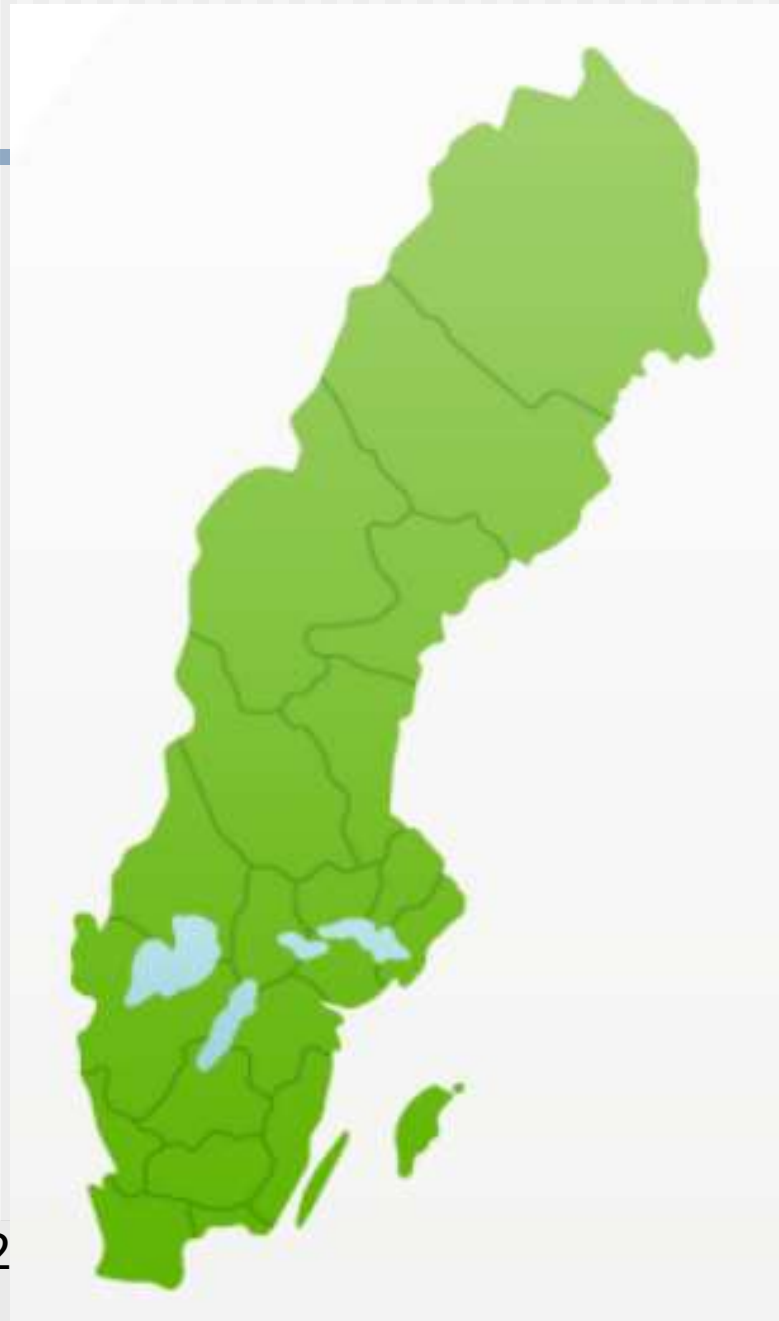
Il governo dei costi in sanità:
modelli di co-payment ed esperienze
europee.

Giovedì 24 maggio 2012

Ragnar Gullstrand

Governo della sanità

- La Svezia è divisa in 21 regioni.
- Ogni regione determina le proprie tasse per la sanità.
- Ogni regione decide l'organizzazione dell'offerta sanitaria.
- Il Governo nazionale effettua un certo livellamento attraverso contributi statali.
- Esiste un coordinamento nazionale supportato da un'agenzia socio-sanitaria (Socialstyrelsen)
- Alcuni tipi di interventi sono concentrati in due regioni (per esempio trapianti di cuore)



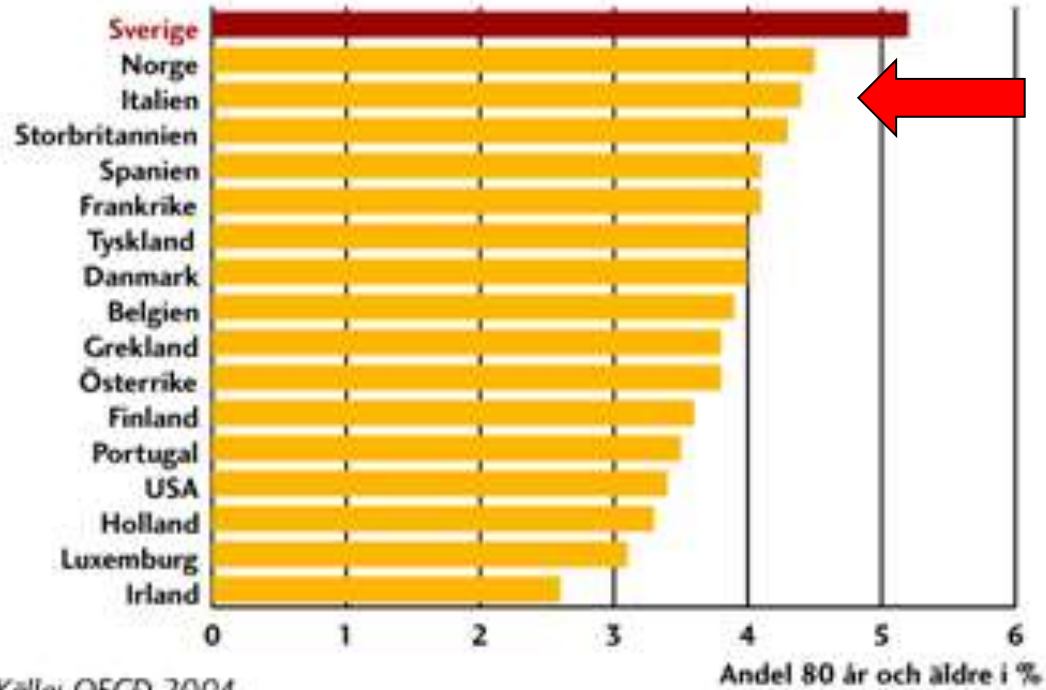
Distribuzione della popolazione tra le regioni

	al 31/12/2010
Stockholm	2.054.343
V Götaland	1.580.297
Skåne	1.243.329
.....
Blekinge	153.227
Jämtland	126.691
Isola Gotland	57.269
Totale	9.415.570
Min	57.269
Max	2.054.343
Medio	448.360
Mediana	273.265

- Si evidenzia una popolazione mediana di quasi 300.000 abitanti = un'ASL italiana

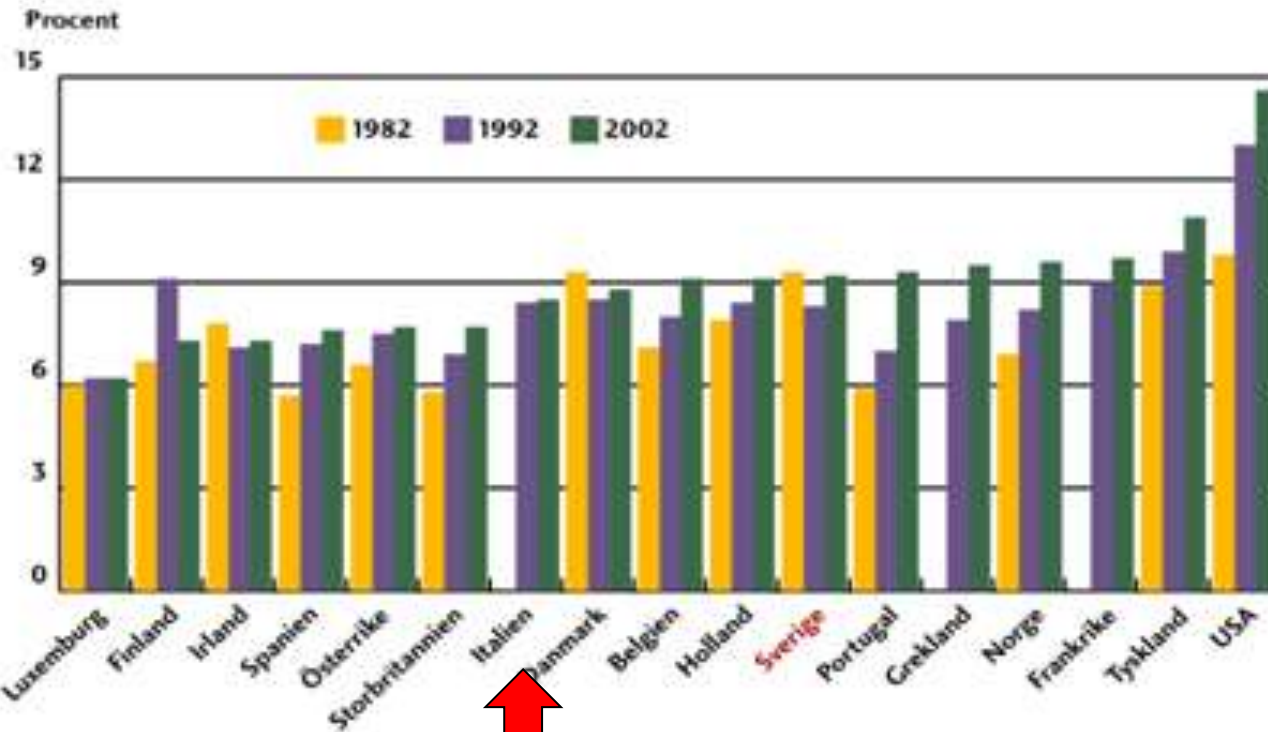
% della popolazione > 80 anni nel 2002 (Italia = Svezia)

Befolkning 80 år och äldre i procent av totalbefolkningen 2002.



% BNP per la sanità (Italia = Svezia)

Andel av BNP till hälso- och sjukvården 1982, 1992 och 2002.

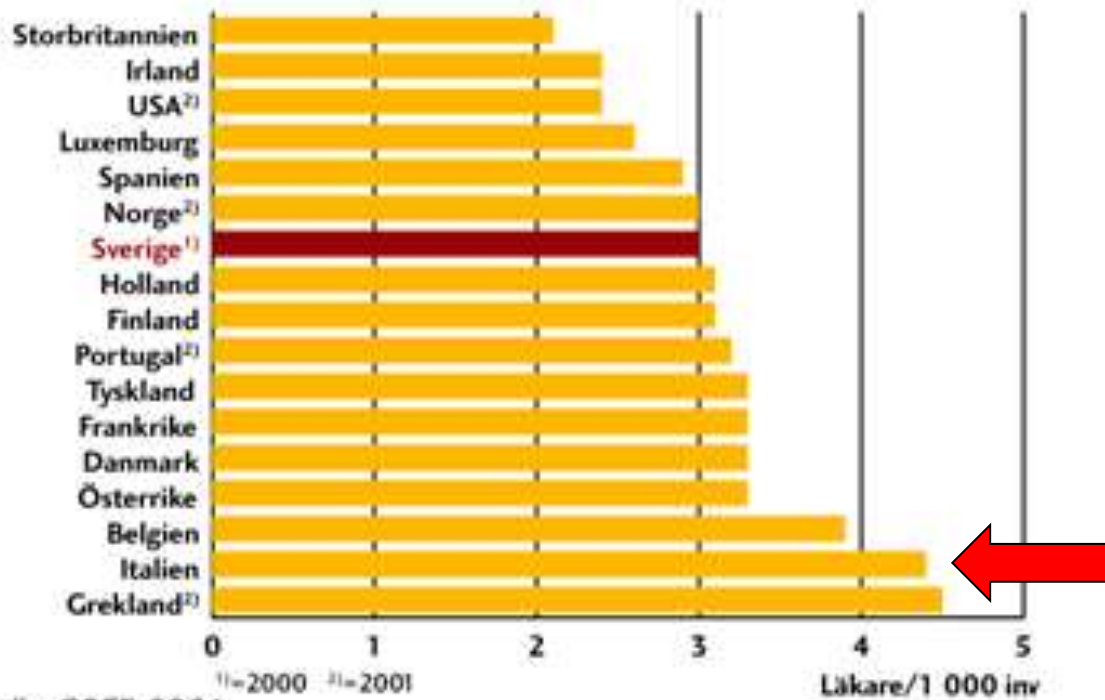


Källa: OECD 2004



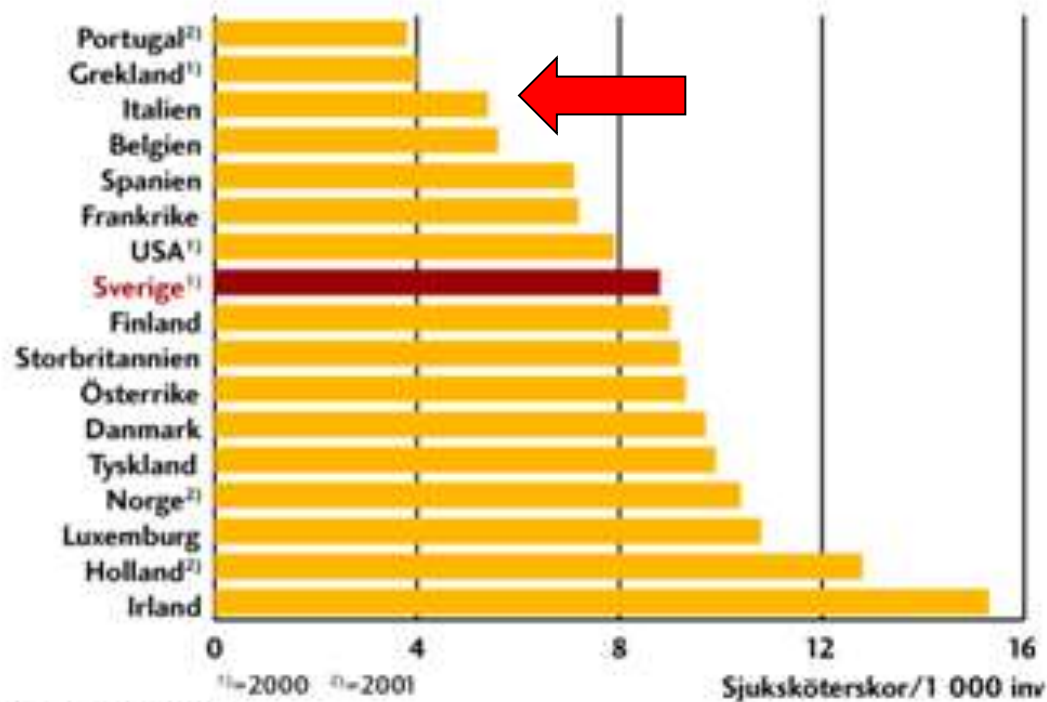
Medici per mille abitanti 2002 (Italia > Svezia)

Läkare per 1 000 invånare 2002.



Infermieri per mille abitanti 2002 (Italia < Svezia)

Sjuksköterskor per 1 000 invånare 2002.

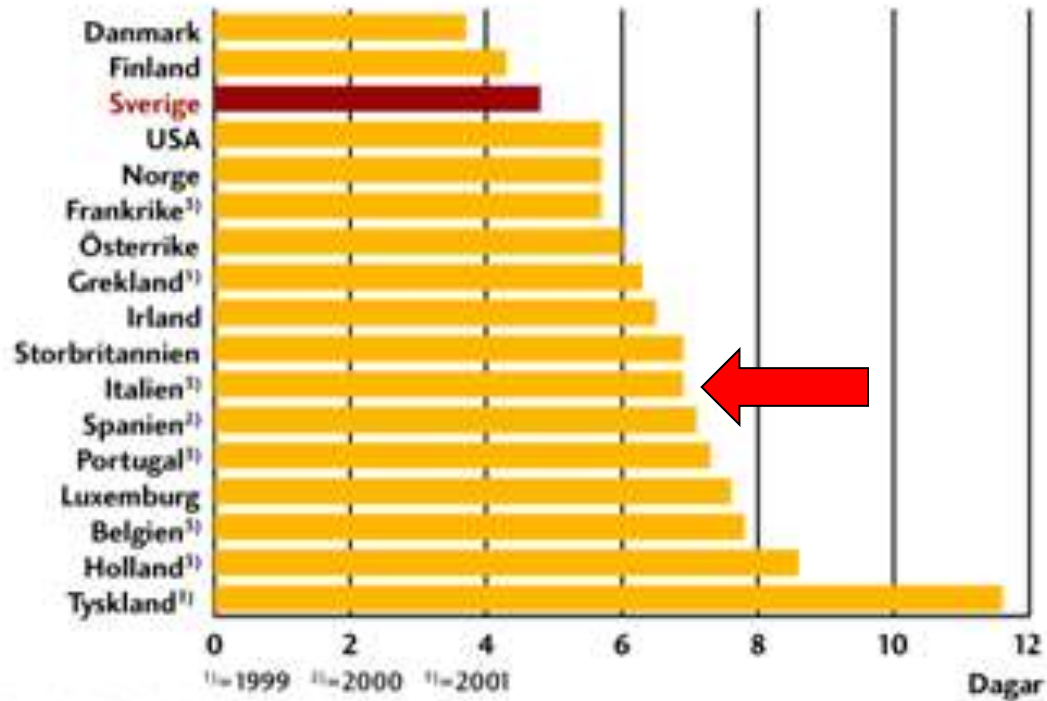


Källa: OECD 2004

GG degenza media 2002 (Italia > Svezia)



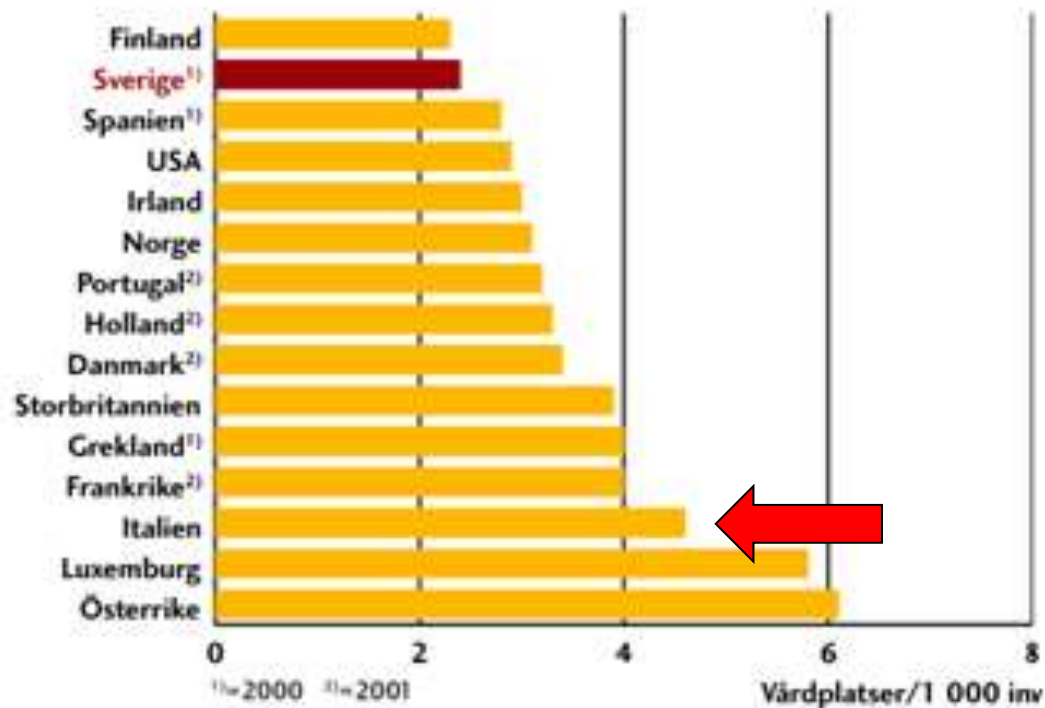
Medelvårdtid 2002. Korttidsvård.



Källa: OECD 2004

PL per mille abitanti 2002 (Italia > Svezia)

Vårdplatser per 1 000 invånare 2002.



Källa: OECD 2004

Responsabilità per le cure sanitarie

- Dall'inizio degli anni '90 la Svezia ha cambiato la responsabilità della lungodegenza
- Le regioni
 - Cure primarie
 - Farmaci (su incarico dello Stato)
 - Cure somatiche specializzate
 - Cure somatiche psichiatriche
 - Cure dentarie
 - Altro (ambulanze, ricerca ecc)
- I comuni
 - Residenzialità
 - Aspetti sociali

Suddivisione della spesa per area di cura delle regioni 2011

	%
Cure primarie	17%
Cure somatiche specializzate	53%
Cure psichiatriche specializzate	9%
Cure dentarie	2%
Altro	9%
Farmaci (su incarico dello stato)	10%
Totale	100%

Suddivisione delle entrate delle regioni 2011 per tipologia

Entrate proprie	14%
Tasse	68%
Contributi dello stato (1)	18%
Totale	100%

- (1) Il contributo dello stato per il consumo farmaceutico è determinato sulla base delle componenti di età e di disagio sociale.

Tra gli strumenti per la gestione dei costi sanitari ci sono

- Gli strumenti classici per la programmazione e il controllo all'interno di un budget determinato dai propri ricavi e dai contributi statali.
- Altri strumenti specifici:
 1. Una chiara responsabilità per i ricoveri lunghi non appropriati.
 2. Un alto utilizzo del ticket.
 3. Una discussione accesa sull'utilizzo di gatekeeper al livello delle cure primarie.
 4. Alcune garanzie di tempi massimi di risposta.

1. Una chiara responsabilità per i ricoveri lunghi non appropriati.

- Per ogni giornata di degenza per pazienti clinicamente dimissibili il comune di residenza è tenuto a pagare alla regione un contributo:
 - euro 470 (SEK 4.216) per reparti per acuti
 - euro 340 (SEK 3.042) per reparti geriatrici
 - euro 400 (SEK 3.576) per reparti psichiatrici

2. Un alto utilizzo di Ticket

Tipo di prestazione	ticket in euro
Visita medica presso un poliambulatorio	17
Visita medica a casa	33
Prelievo presso poliambulatorio	11
Degenza ospedaliera, adulti, per giorno	9
Vaccinazione influenza ≥ 65 anni	0
Vaccinazione influenza < 65 anni	17

Limite del ticket

- Limite del ticket per periodo di 12 mesi: euro 120 (1100 SEK) (esclusi farmaci, ricoveri e cure dentarie)
- Limite ticket per farmaci per periodo di 12 mesi: euro 240 (2200 SEK)
- Attesa per più di 30 minuti (visita medica programmata): ticket restituito

3. Gatekeeper ?

- In Svezia, dal 1 gennaio 2010, esiste la libertà di scelta del medico di fiducia all'interno della regione.
 - Non necessariamente uno specialista di medicina generale.
 - Il medico può essere pubblico o privato.
- Obbligo di ricetta per accedere a cure specialistiche?
 - In alcune regioni esiste, in altre no.
 - Dove esiste può essere limitato ad alcune specialità (per esempio non ginecologia).
- La necessità per il paziente di vedere prima il medico di base e poi lo specialista è considerata in molte regioni come una perdita di tempo non efficace in quanto non riduce il ricorso agli specialisti. In queste regioni si valuta, inoltre, che l'assenza di ricetta rafforza il medico di base in quanto non viene contattato come gatekeeper ma nel suo ruolo di generalista.

Alcune garanzie dei tempi di attesa.

- **Garanzia di cura per attività programmata:** oltre 30 GG per una visita specialistica e 90 GG per il ricovero. Se questi tempi vengono superati ci si rivolge ad un ufficio specifico per azioni di recupero della propria situazione.

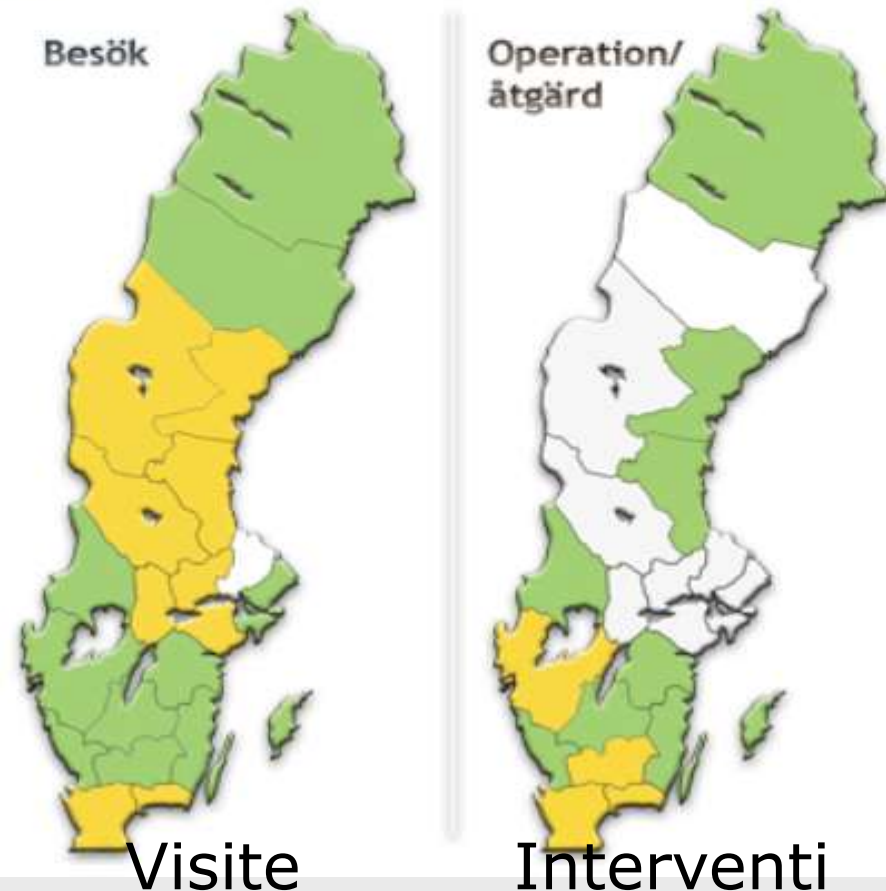
Esempio di follow up tempi di attesa attività programmata

- Verde: 80% degli accessi programmati entro 60 GG
- Giallo: 70% degli accessi programmati entro 60GG

Kömiljarduppföljning mars 2012

Sammanställning mars månad

- 80% har väntat 60 dagar eller kortare
- 70% har väntat 60 dagar eller kortare



Ragnar Gullstrand il 24 m

Visite

Interventi

Conclusione

- In Svezia esiste un dibattito vivace sui vari aspetti del sistema sanitario.
- Il dibattito è facilitato dalla presenza di una grande variabilità di interlocutori. Il fatto di potersi confrontare con venti sistemi diversi è una ricchezza.
- Complessivamente il sistema può essere considerato buono data l'età media della popolazione.

Grazie per l'attenzione

Quanti posti letto in Svezia?

	PL medi 2010	Per mille abitanti
Per cure somatiche	19.919	2,1
Per cure psichiatriche	4.346	0,5
Cure primarie	85	0,0
Totale	24.350	2,6
PL tecniche	1.697	0,2
PL in alberghi per pazienti	305	0,0
Totale	26.352	2,8