

Il sistema sanitario olandese

2016-03-24 10:03:02 Redazione SI

pubblicato su:
SSANITA'



Gavino Maciocco

Il sistema sanitario olandese è così costoso (spesa sanitaria totale di 5700 \$ pro-capite, rispetto ai 4.700 \$ della Germania e ai 4.100 \$ della Francia) anche per la presenza del programma delle spese mediche eccezionali in vigore dal 1968, la più generosa iniziativa di *long-term care* al mondo. Inizia con questo una serie di post sui sistemi sanitari internazionali, tratti da articoli recentemente pubblicati sul *New England Journal of Medicine*.

Il sistema sanitario olandese è un ibrido da diversi punti di vista:

1. **È universalistico e solidale**, finanziato attraverso la fiscalità generale, per la parte che riguarda le spese eccezionali (assistenza a lungo termine, assistenza domiciliare e residenziale agli anziani non autosufficienti e ai disabili fisici e psichici).
2. **È mutualistico** perché la componente standard dell'assistenza curativa è garantita da assicurazioni, finanziate dalle imprese e dagli assistiti; l'assicurazione è obbligatoria e lo stato supporta i cittadini a basso reddito.
3. **Si basa sulle regole del mercato** perché le assicurazioni sono organizzazioni private che operano in regime di concorrenza.

L'attuale assetto del sistema è quello disegnato dalla riforma del 2006 (vedi post [Sistema Sanitario Olandese](#)), un sistema premiato dalle classifiche (vedi [Healthpowerhouse.com](#)), molto generoso e anche per questo molto costoso (vedi **Tabella 1**)

Tabella 1. Sistema sanitario olandese. Indicatori di spesa, di struttura e di risultato.

Selected Characteristics of the Health Care System and Health Outcomes in the Netherlands.*

Variable	Value
Health expenditures	
Per capita (U.S. \$)	5,737
Percentage of GDP	12.4
Out-of-pocket (% of private health expenditures)	41.7
Public sources (% of total)	79.8
Health insurance	
Percentage of population covered in 2014	99.8
Sources of funding	Curative care: community-rated premiums (paid by residents), income-dependent employer contributions, tax revenue to cover children; long-term care: primarily income-dependent contributions
Average physician income in 2011 (U.S. \$ [multiple of average Dutch wage])	
Salaried general practitioner	107,000 (1.9)
Self-employed general practitioner	173,000 (3.1)
Salaried specialist	170,000 (3.0)
Self-employed specialist	264,000 (4.7)
Generalist–specialist balance in 2011 (%)	
Generalists	44.6
Specialists	55.4
Access	
No. of hospital beds per 10,000 population in 2009	47
No. of physicians per 1000 population in 2010	2.9
Total government health expenditures spent on mental health care in 2011 (%)	10.6
Primary care physicians using electronic medical records (%)	98
Life and death	
Life expectancy at birth (yr)	81
Additional life expectancy at 60 yr (yr)	24
Annual no. of deaths per 1000 population	8
No. of infant deaths per 1000 live births in 2013	3
No. of deaths of children <5 yr of age per 1000 live births in 2013	4
No. of maternal deaths per 100,000 live births in 2013	6
Average no. of births per woman	1.7
Preventive care	
Colorectal-cancer screening generally available at primary care level	Yes
Children 12–23 mo of age receiving measles immunization in 2013 (%)	96
Prevalence of chronic diseases (%)	
Diabetes in persons 20–79 yr of age in 2013	5.2
HIV infection in 2011	0.2
Prevalence of risk factors (%)	
Obesity in adults ≥18 yr of age in 2014	19.8
Smoking in 2011	26

* Data are from the World Bank, the Organization for Economic Cooperation and Development, the Netherlands Ministry of Health, Welfare, and Sport, the World Health Organization, the Commonwealth Fund, and AVERT and are for 2012 except as noted. GDP denotes gross domestic product, and HIV human immunodeficiency virus.

L'Olanda, un paese piccolo e densamente popolato, è dotato da fitta rete di medici di famiglia, ospedali, e cliniche private-non profit (*independent treatment centre*). I Comuni hanno la responsabilità delle attività preventive e di promozione della salute.

I medici di famiglia sono liberi professionisti convenzionati con le assicurazioni. Vengono scelti dagli assistiti sulla base di un rapporto di fiducia e le loro prestazioni sono completamente gratuite. La maggioranza di essi svolge la professione in associazione e si avvale della collaborazione di infermieri e psicologi. I medici di famiglia olandesi sono dei ferrei “*gatekeeper*” e sono alquanto riluttanti ad affidare i propri pazienti ai colleghi specialisti. Vengono remunerati con un sistema misto: quota capitaria e a prestazione. Le loro tariffe sono fissate centralmente, ma in futuro è previsto che la loro remunerazione sia negoziata con le assicurazioni all'interno di un budget che incentivi l'integrazione tra

professionisti e premi la qualità dell'assistenza ai pazienti con malattie croniche.

L'assistenza ospedaliera e specialista (tranne le emergenze) è accessibile solo su richiesta del medico di famiglia. Con questa richiesta i pazienti possono scegliere il luogo di cura, pagando un contributo massimo annuale (franchigia) di 375 euro. Alcune assicurazioni chiedono ai pazienti una partecipazione alla spesa del 25% nel caso essi scelgano una struttura non convenzionata con l'assicurazione stessa. Da alcuni anni si è sviluppata una rete di *independent treatment centre* che si sono specializzati nella chirurgia elettiva ad alto volume di prestazioni, in campo ortopedico, oculistico e dermatologico. Ma le assicurazioni sono riluttanti a convenzionarsi con questi centri temendo di favorire un eccesso di offerta e quindi l'induzione della domanda.

Tutti gli specialisti lavorano in ospedale come professionisti a contratto o – nel 25%, in crescita – come dipendenti. I servizi ospedalieri sono pagati tramite i DRGs. Le tariffe di alcuni DRGs – che rappresentano il 70% dell'assistenza ospedaliera – sono negoziate con le assicurazioni, la restante parte è fissata a livello centrale. Recentemente il governo ha cercato di incoraggiare la contrattazione selettiva tra assicurazioni e ospedali per restringere la scelta dei pazienti all'interno dei soli ospedali "contrattati". Ma il parlamento ha bocciato la proposta del governo che riduceva le possibilità di scelta dei cittadini e aumentava il potere delle assicurazioni.

I principi del mercato e della competizione erano stati alla base della riforma del 2006 per aumentare l'efficienza del sistema e migliorare la qualità dell'assistenza. A 10 anni di distanza – afferma E. Van Ginneken sul *New England Journal of Medicine*[1] – la riforma non ha portato al contenimento dei costi (l'Olanda è uno dei sistemi sanitari più cari al mondo), né a fare un salto nella qualità dei servizi.

Il sistema sanitario olandese è così costoso (spesa sanitaria totale di 5700 \$ pro-capite, di cui 79,8% di spesa pubblica, vs 4.700 \$ pro-capite della Germania e 4.100 \$ della Francia) anche per la presenza del programma delle spese mediche eccezionali in vigore dal 1968 e noto con l'acronimo AWBZ (*Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*), la più generosa iniziativa di *long-term care* al mondo. Finanziata attraverso la fiscalità generale, con un costo pari a 2/3 del costo delle cure mediche, è organizzata attraverso 32 uffici regionali che svolgono attività di committenza per l'erogazione di servizi di assistenza domiciliare e residenziale a soggetti anziani e disabili. Dal 1997 gli assistiti possono scegliere in alternativa un contributo economico (*personal care budget*), che recentemente è stato oggetto di attenta valutazione a causa dell'emersione di numerose frodi e alla fine è stato limitato alle persone in assistenza residenziale.

Un effetto negativo di questo programma è proprio l'alto numero di anziani istituzionalizzati (con il tasso più alto tra i paesi OCSE). Per questo motivo, per favorire un maggior ricorso all'assistenza domiciliare e per esercitare un maggiore controllo della spesa è in corso una riforma che trasferirà la gestione del programma dai 32 uffici regionali ai servizi socio-sanitari dei Comuni.

Infarto miocardico

Un uomo di 55 anni, in buone condizioni di salute, ha un infarto miocardico acuto di media gravità

Quando il signor Van Dijk accusa un forte dolore al petto irradiato a entrambi i bracci, il suo partner chiama il 112 (il numero telefonico dell'emergenza). Entro due minuti la chiamata viene valutata e entro 10 minuti (quindi nel limite massimo di 15 minuti) l'ambulanza, dotata di un autista e un infermiere, si presenta al domicilio del paziente.

Il caso viene trattato secondo le linee guida della Società Europea di Cardiologia. L'infermiere propone una diagnosi e usa *Lifenet* – una piattaforma internet per lo scambio di informazioni mediche – per spedire un ECG al cardiologo e al dipartimento di emergenza più vicino, con un reparto in grado di eseguire un intervento di angioplastica. Una volta deciso che il paziente ha bisogno dell'intervento di angioplastica, viene indirizzato direttamente al reparto, mentre durante il tragitto viene somministrata terapia anticoagulante. In Olanda ci sono circa 30 centri che eseguono interventi di rivascolarizzazione coronarica percutanea.

Dopo l'intervento di angioplastica, con l'applicazione di uno stent, il paziente è ricoverato in reparto, dove rimane – se le condizioni cliniche sono stabili – in osservazione per una o due

notti, dopodiché viene dimesso.

Sarà controllato entro 15 giorni dalla dimissione, riceverà un intervento di riabilitazione e – se necessario – un supporto psicologico. Il signor Van Dijk ha un'assicurazione di base e per le cure ricevute pagherà un contributo massimo annuo (franchigia) di 375 euro.

Gravidanza e parto

Una donna di 23 anni, in buona salute, è gravida per la prima volta

Quando la signora Jansen scopre di essere incinta contatta l'ostetrica del suo quartiere e fissa un appuntamento. Nel corso della gravidanza l'ostetrica monitorizza la salute della madre e del feto e fornisce consigli sugli stili di vita più adeguati. La frequenza dei controlli varia da uno ogni 4 settimane a uno alla settimana alla fine della gravidanza. Il protocollo prevede l'esecuzione di tre ecografie: intorno alla 10a-12a settimana, intorno alle 20 settimane, e nel terzo trimestre. La signora Jansen e il suo partner partecipano a seminari di preparazione al parto organizzati dal servizio ostetrico di quartiere.

La gravidanza fisiologica viene seguita interamente dall'ostetrica. In caso di complicazioni mediche – come ipertensione, gravidanze gemellari, mal presentazioni – l'ostetrica riferisce la paziente al ginecologo ospedaliero.

In assenza di complicazioni l'ostetrica segue la donna fino al parto che può avvenire in ospedale o a domicilio. La signora Jansen preferisce il parto a casa, come avviene nel 20% dei casi in Olanda (la più alta percentuale nei paesi ad alto reddito). Avesse scelto di partorire in ospedale avrebbe pagato 336 euro, in assenza di un'assicurazione integrativa. La signora Jansen ha partorito senza anestesia epidurale, molto diffusa in Olanda. Se ne avesse avuto bisogno o se fossero insorti problemi medici la donna sarebbe stata trasportata in ospedale con un'ambulanza per essere seguita da un ginecologo. Un'infermiera esperta assiste l'ostetrica durante il parto e torna a visitare la mamma e il bambino nella prima settimana, svolgendo i necessari controlli. L'assistenza alla gravidanza e al parto a domicilio prevede un co-pagamento di 200 euro.

Bibliografia

1. Van Ginneken E. Perennial Health Care Reform – The Long Dutch Quest for Cost Control and Quality Improvement. *New England Journal of Medicine* 2015; 373: 885-89.

- Facebook
- Twitter
- LinkedIn
-