

Iniziativa  
Ospedaliera

LA RIVISTA DELL'ANAAO ASSOMED

1

Anno XLVI Numero 1/2007  
sped. abb. post.  
art. 2 comma 20/c legge 662/96  
filiale di Ancona

# La sanità in Europa

## **Analisi dei sistemi sanitari nei 25 Paesi Ue**

### DIRETTORE

Carlo Lusenti

### DIRETTORE RESPONSABILE

Silvia Procaccini

### REFERENTI

Massimo Alegiani, Marcello Angius, Donato Antonellis, Claudio Aurigemma, Leonardo Bartolucci, Giampiero Benetti, Massimo Bocca, Salvatore Calabrese, Giorgio Cavallero, Errico Cesareo, Rosario Cutri, Giuseppe D'auria, Salvatore Della Tommasa, Egidio Di Pede, Alessandro Falzone, Gabriele Gallone, Filippo Antonio Gianfelice, Bruno Innocenti, Domenico Iscaro, Mario Lavecchia, Giulio Liberatore, Carlo Melchionna, Leo Mencarelli, Giuseppe Montante, Cosimo Napoletano, Romano Nardelli, Carlo Palermo, Giovanni Pulella, Paolo Quondam, Giuseppe Ricucci, Mario Russo, Domenico Saraceno, Gianluigi Scaffidi, Osvaldo Scarpino, Piero Sirianni, Laura Stabile, Costantino Troise, Bruno Zuccarelli

00187 Roma, Via Barberini 3  
Telefono 064820154 Fax 0648903523  
E-mail [iniziativa.ospedaliera@anaao.it](mailto:iniziativa.ospedaliera@anaao.it)  
Sito [www.anaao.it](http://www.anaao.it)

### EDITORE

ANAAO ASSOMED  
20124 Milano, Via Napo Torriani 30

### CONSULENZA EDITORIALE

HEALTH COMMUNICATION SRL

REGISTRAZIONE TRIBUNALE DIVICENZA  
N. 121 DEL 22/7/59

### PROGETTO GRAFICO

AReA Antonio Romano e Associati

### IMPAGINAZIONE

HEALTH COMMUNICATION SRL

### STAMPA

TECNOSTAMPA SRL,  
VIA LE BRECCIE 60025 LORETO (AN)

Finito di stampare nel mese di luglio 2007

Tiratura 20.000 copie

## Europa, una realtà con cui confrontarsi

Presentazione di *Carlo Lusenti*

3

## La sanità europea 2006 di *Enrico Reginato*

4

Sistema assistenziale

Tipo di ospedale

Ospedali per acuti

Amministrazione e gestione

Finanziamento

Personale

Formazione post-lauream

Libera professione

## I 25 Paesi dell'Unione Europea 2006

7

Austria

10

Belgio

12

Cipro

14

Danimarca

16

Estonia

18

Finlandia

20

Francia

22

Germania

24

Grecia

26

Irlanda

28

Italia

30

Lettonia

32

Lituania

34

Lussemburgo

36

Malta

38

Olanda

40

Polonia

42

Portogallo

44

Regno Unito

46

Repubblica Ceca

48

Slovacchia

50

Slovenia

52

Spagna

54

Svezia

56

Ungheria

58

## Europa, una realtà con cui confrontarsi

di Carlo Lusenti\*

*Fino a pochi anni or sono l'Europa era un ideale, tuttalpiù un'idea, ora è una solida realtà che, piaccia o non piaccia, regola e orienta le principali scelte, non solo economiche ma anche politiche e sociali, dei 26 Paesi che ne compongono l'assetto istituzionale.*

*Non solo l'accettazione di regole sopranazionali, ma anche visioni comuni di vivere civile si vanno affermando nell'Unione Europea, all'interno di un mondo sempre più piccolo e veloce. Tra le idee condivise una delle più solide e diffuse è quella di considerare il welfare state, ed in particolare i servizi di assistenza sanitaria fondati su equità e accessibilità, la più importante invenzione europea del XX secolo. Segnando in questo modo un solco profondo con la maggior parte dei Paesi extraeuropei, anche quelli che dispongono di condizioni civili ed economiche molto avanzate.*

*Se da un lato si può quindi registrare che i principi ispiratori e i valori di riferimento dei sistemi di cura e assistenza sono abbastanza omogenei nella comunità europea, e sono considerati fondamento dei diritti di cittadinanza, non altrettanto si può dire per l'organizzazione dei servizi sanitari e per i percorsi di formazione e reclutamento dei professionisti, medici in primis.*

*Per riflettere su queste condizioni, fotografando in modo preciso le singole realtà nazionali e permettendo così una comparazione utile a diffondere le scelte più giuste ed efficaci, è nato il lavoro che oggi possiamo pubblicare grazie all'impegno e alla competenza di Enrico Reginato.*

*I medici nutrono la loro conoscenza con il confronto scientifico internazionale, accrescono competenza e professionalità in virtù dell'appartenenza ad una comunità mondiale delle conoscenze che non può continuare a rinchiudersi in piccole comunità nazionali, e tanto meno regionali, quando i temi da affrontare sono quelli della professione, dall'etica alla deontologia, dai percorsi di formazione alla libera circolazione dei professionisti.*

*Uscire da dibattiti stantii e provinciali usando gli strumenti propri della nostra professione: confronto e miglioramento continuo, una necessità e un'ambizione a cui non possiamo sottrarci.*

\*Segretario nazionale Anaa Assomed

## La sanità europea 2006

*di Enrico Reginato\**

I Paesi membri dell'Unione Europea sono molto diversi fra loro, per dimensioni e popolazione, hanno ampia autonomia in molte decisioni politiche (una per tutte, l'autonomia impositiva), ma hanno tuttavia in comune l'accettazione di regole sovranazionali in un vasto panorama di interessi, economici, ambientali, culturali, lavorativi, sociali e sanitari.

Il Parlamento Europeo, con la decisione 1786/2002/CE del 23 settembre 2002, ha approvato un programma d'azione comunitaria in materia di salute pubblica per contribuire alla realizzazione di un elevato livello di protezione della salute in Europa. A tal fine, il programma orienta l'azione sull'informazione sulla salute, sulla capacità di reazione della Comunità di fronte alle minacce per la salute, nonché sulla prevenzione delle malattie.

La disposizione del trattato, secondo cui deve essere garantito un livello elevato di protezione della salute nella definizione e nell'attuazione delle politiche comunitarie, fa sì che la tutela della salute riguardi tutti i settori fondamentali dell'attività comunitaria.

I singoli Stati membri hanno ampia autonomia legislativa in ambito sanitario, a partire dall'entità e dalla forma di finanziamento, ma tutti sono dotati di un servizio sanitario nazionale tendente a garantire alla totalità dei cittadini (con poche eccezioni) l'erogazione di servizi sanitari.

Accanto alle posizioni strategiche in materia di salute, esiste una serie di norme che rendono i sistemi sanitari interdipendenti, con due aspetti principali: il riconoscimento reciproco dei titoli di studio e la libera circolazione in ambito comunitario dei professionisti. È in corso un dibattito nelle sedi istituzionali europee anche sulla libera circolazione dei pazienti in ambito comunitario.

Il riconoscimento e la libera circolazione dei professionisti implica, in qualche modo, il rispetto di regole comuni di qualità e compatibilità dei diversi sistemi.

Il lavoro che proponiamo in questo numero di Iniziativa Ospedaliera illustra gli aspetti centrali dell'organizzazione sanitaria dell'unione Europea nel 2006. Sono escluse la Romania e la Bulgaria, entrate a far parte dell'UE soltanto a partire dal gennaio 2007.

Sono stati analizzati dati provenienti dalle seguenti fonti: Oms (Organizzazione Mondiale della Sanità) 2006, Ema (European Medical Association – Bruxelles), Dexia 2006,

Aemh (Associazione Europea dei Medici Ospedalieri), Fems (Federazione Europea dei Medici Ospedalieri), e da questionari inviati alle Associazioni mediche dei singoli Paesi membri.

Nonostante alcuni Paesi non abbiano inviato tutti i dati richiesti, in particolare per quel che riguarda la formazione post-lauream e la Libera professione dei medici ospedalieri, tuttavia le informazioni rilevate, che includono i Paesi europei più importanti, consentono di avere un quadro sufficientemente chiaro, utile per raggiungere una sempre maggiore omogeneizzazione tra gli aspetti migliori del "Sistema Europa".

Ogni scheda Paese, contiene anche informazioni sulla popolazione residente, i dati essenziali di attesa di vita, il tasso di natalità e mortalità, il Pil (Prodotto Interno Lordo), la spesa sanitaria.

Ma è il caso di ricordare che il significato che viene attribuito al Pil (Prodotto interno lordo) può essere fonte di confusione e può fornire un'immagine ingiustificata di prosperità economica.

Contribuiscono, infatti, all'aumento del Pil anche situazioni che, auspicabilmente, non dovrebbero verificarsi, come disastri naturali, catastrofi ambientali, conflitti e altre spese evitabili.

Anche le ambulanze che corrono lungo le strade per raccogliere feriti in incidenti stradali, o la cattiva qualità in sanità con il loro costi, contribuiscono all'innalzamento del Pil.

In ogni modo, in una situazione di una certa stabilità come quella della maggior parte dei Paesi della Ue, il Pil e il conseguente rapporto con il finanziamento del servizio sanitario fornisce un sufficiente parametro di valutazione. Ma va anche considerato che, in caso di Pil basso, una percentuale destinata alla sanità in linea con la media europea può essere, in assoluto, ampiamente insufficiente a garantire uno standard assistenziale compatibile con gli standard medi europei.

Ad esempio, grandi Paesi come Francia e Germania stanziavano cifre pari al 10% e oltre del loro Prodotto interno lordo, producendo un finanziamento pro capite molto elevato. Mentre per il Portogallo, che stanziava il 9,6% del Pil, superiore alla media europea, in valori assoluti tuttavia significa, una cifra pari al 60% di quanto destinato ad un cittadino tedesco.

Al momento di andare in stampa, in Bulgaria, nuovo arrivo nella Ue, la classe medica è in agitazione perché ritiene

insufficiente il finanziamento del servizio sanitario, che è pari al 4,5% del Pil, già di per sé inferiore alla media europea, che in cifra assoluta significa 150 € per abitante. Con stanziamenti così limitati, anche gli stipendi dei medici sono modesti. In Slovacchia, dove nel 2006 era in corso un progetto politico di privatizzazione selvaggia delle strutture sanitarie, fortunatamente rientrato grazie alle proteste dei medici con il sostegno delle associazioni mediche europee, lo stipendio medio di un medico ospedaliero non supera i 300 Euro mensili. In presenza di norme europee che consentano la libera circolazione dei professionisti, il rischio, per la Slovacchia e altri Paesi in condizioni analoghe, è di assistere ad un'emorragia di professionisti verso altri Paesi, come Francia, Spagna e Danimarca, dove c'è carenza di medici. Il possibile danno per il Paese d'origine è evidente. Gli aspetti analizzati sono stati ordinati secondo lo schema che segue.

## Sistema assistenziale

### Percentuale di assistenza finanziata con fondi pubblici

La media si colloca fra il 70 e il 75%, ma vi sono Paesi in cui la quota di finanziamento pubblico supera il 90%, mentre in Grecia e a Cipro la quota a finanziamento statale è attorno al 50%.

### Finanziamento pubblico (contributi sociali e/o dalla fiscalità generale)

Nella maggior parte dei Paesi il finanziamento avviene con forme miste di fondi provenienti dalla fiscalità generale e di assicurazioni obbligatorie pubbliche, ma anche private. In pochi casi il finanziamento avviene a carico della sola fiscalità generale.

### Copertura della popolazione

Nella maggior parte dei casi la copertura è universale, con un contributo da parte dei cittadini; in pochi casi esiste una copertura totale senza contributo, in altri casi, come a Cipro per il 40% della popolazione, le cure sono a carico dei cittadini, seppur a tariffe ridotte rispetto ai costi reali. Ci sono situazioni in cui i fondi sanitari pubblici sono insufficienti, come in Portogallo: in tal caso c'è un ricorso alle strutture private, parallelamente alla stipula di coperture assicurative private integrative.

### Medico di riferimento

La situazione è piuttosto variegata. In alcuni Paesi non esiste la figura del medico di famiglia, in altri il paziente sceglie di volta in volta il medico di riferimento, in altri ancora, come in Italia, si effettua la scelta di un medico di riferimento. In Polonia il medico di riferimento ha una pertinenza territoriale, non è quindi oggetto di scelta da

parte degli abitanti dell'area affidatagli.

## Tipo di ospedale

### Pubblico/privato

In tutti i Paesi esistono ospedali pubblici, privati profit e privati non-profit, ma in alcuni casi la presenza del privato è molto limitata. Il progetto della Slovacchia di privatizzare la maggior parte delle strutture sanitarie è stato bloccato dalla vivace protesta dei medici.

### Categorie

In tutti i casi, ci sono almeno due diverse categorie di ospedali, centrali e periferici. In alcune realtà ci sono molti ospedali specializzati.

## Ospedali per acuti

I dati, messi a confronto, forniscono un quadro molto vario; la media dei posti letto per acuti è intorno a 4, ma ci sono Paesi con soli 2,3 p.l. (Finlandia) o 3 (Olanda, Irlanda), con 6 o più posti letto (Germania, Rep. Ceca). L'occupazione media e la degenza media dei p.l. non mostrano particolare relazione con la dotazione dei p.l., ad esempio la Germania, con 6 p.l., ha un'occupazione media dell'80%, a fronte del 74% della Finlandia, e ha una degenza media di 9,3 giorni (4,5 in Finlandia). In Olanda il numero dei p.l. è inferiore alla media europea così come la degenza media che è di 7,4 giorni, ma con un'occupazione di posti letto pari al 58%. Va però considerato che in Olanda si effettuano 80 ricoveri per acuti ogni 1000 abitanti, mentre in Germania il dato sale a 205. In Italia il valore si attesta attorno a 157, quindi si colloca in un valore medio europeo.

### Liste d'attesa

In alcuni casi, come la Danimarca, dove i p.l. sono 3,4, l'occupazione media è di 3,8 giorni, supera l'80% e i ricoveri per acuti superano i 180 ogni 1000 abitanti, la lista d'attesa è significativa. Nel complesso in molti Paesi in cui i p.l. sono inferiori alla media sono segnalate liste d'attesa.

## Amministrazione e gestione

### Amministrazione e gestione degli ospedali

#### Autorità di supervisione

Anche in questo ambito le differenze sono notevoli: ci sono Paesi in cui gli ospedali pubblici sono di proprietà dello Stato, in altri appartengono alle Regioni o ai Comuni, in alcuni casi con consigli di amministrazione (Francia), in altri strutturati sotto forma di Fondazioni pubbliche. Nella

maggior parte dei casi, da parte del Governo centrale o regionale vengono definiti i piani sanitari, con attività di controllo di funzionamento centralizzata.

## Finanziamento

### Fonti di finanziamento

Abbiamo visto le forme di finanziamento del sistema (pubblico, assicurativo, privato). In alcuni casi il finanziamento deriva dalla raccolta di fondi a livello locale. In alcuni Paesi (Austria) il paziente ricoverato paga un contributo giornaliero.

### Sistemi di pagamento

In molti Paesi il sistema di pagamento a Drg è utilizzato per una parziale erogazione di fondi, il resto è basato su criteri di finanziamento legati alla spesa storica, con meccanismi budgetari. In altri Paesi il finanziamento è direttamente legato alla spesa storica.

### Investimenti

I finanziamenti per gli investimenti, generalmente, provengono da stanziamenti centrali finalizzati.

### Costi del ricovero

I fondi a disposizione per ogni cittadino, come abbiamo già chiarito, sono legati alle disponibilità dei singoli Paesi. Perciò vi sono Paesi come la Danimarca, che mettono a disposizione del cittadino, per i ricoveri, circa 1.500 €, e Paesi come il Portogallo che, stanziando per l'assistenza ospedaliera solo il 33% del Fondo sanitario nazionale, mettono a disposizione per ogni cittadino una cifra pari a 370 €.

## Personale

### Personale di cura e assistenza sociale

In Svezia il personale addetto alle attività socio-sanitarie rappresenta il 19% della forza lavoro del Paese (18% in Finlandia, 17% in Danimarca, 15% in Olanda). All'estremo opposto ci sono Paesi come Cipro, in cui la percentuale scende al 3%. In Germania e Francia la quota corrisponde al 10%, mentre in Italia la percentuale scende al 6%, posizionandosi fra i livelli più bassi d'Europa.

### Medici ospedalieri

#### Contratti e retribuzione dei medici ospedalieri

Nella maggior parte dei casi i medici ospedalieri hanno un

rapporto di dipendenza, con contratti collettivi, con poche eccezioni, come l'Olanda, dove i medici, in buona parte, sono retribuiti in base all'impegno orario e alla patologia trattata.

## Formazione post-lauream

### Durata della formazione

I titoli di specializzazione riconosciuti in ambito europeo sono quelli relativi a specialità presenti in due o più Paesi membri. Per il loro riconoscimento è necessaria una regolamentazione comune in termini di durata e contenuti. È da precisare che in alcuni Paesi (come Francia e Danimarca) la specializzazione non è necessaria per poter lavorare come medico in Ospedale.

### Accesso agli studi

#### Autorità competente

Nella quasi totalità dei casi, il medico neolaureato si rivolge direttamente agli ospedali per iniziare il proprio percorso formativo. In Spagna esiste un esame nazionale che definisce una graduatoria unica, in base alla quale avviene l'assegnazione dei posti, per cui è frequente che un giovane medico debba scegliere una specialità a lui meno gradita, perché i posti per la specialità di suo gradimento sono stati già occupati da chi lo precede in graduatoria. In Francia, ma anche in altri Paesi, come Finlandia e Belgio, gli esami di accesso sono organizzati dall'Università, ma la specializzazione avviene in tutti gli ospedali pubblici. L'Italia rappresenta l'unico caso in cui la specializzazione è esclusivamente regolata e svolta nelle strutture universitarie.

## Libera professione

La Libera professione in Europa assume aspetti molto diversi; in alcuni Paesi è libera (Austria, Regno Unito, Irlanda, Danimarca), in altri casi è consentita solo a chi ha un rapporto di lavoro non esclusivo (Spagna, Portogallo) o solo ai direttori di struttura (Germania). In altri casi è consentita solo all'interno dell'ospedale, come in Francia, dove l'utilizzo delle strutture tecnologiche non comporta alcun aggravio di costi, poiché in Francia si considera che le strutture siano in ogni modo proprietà dei cittadini. Nel complesso, le regole in vigore in Italia sono le più complicate.

*\* Consigliere Nazionale Anaao Assomed*



# **La sanità in Europa**

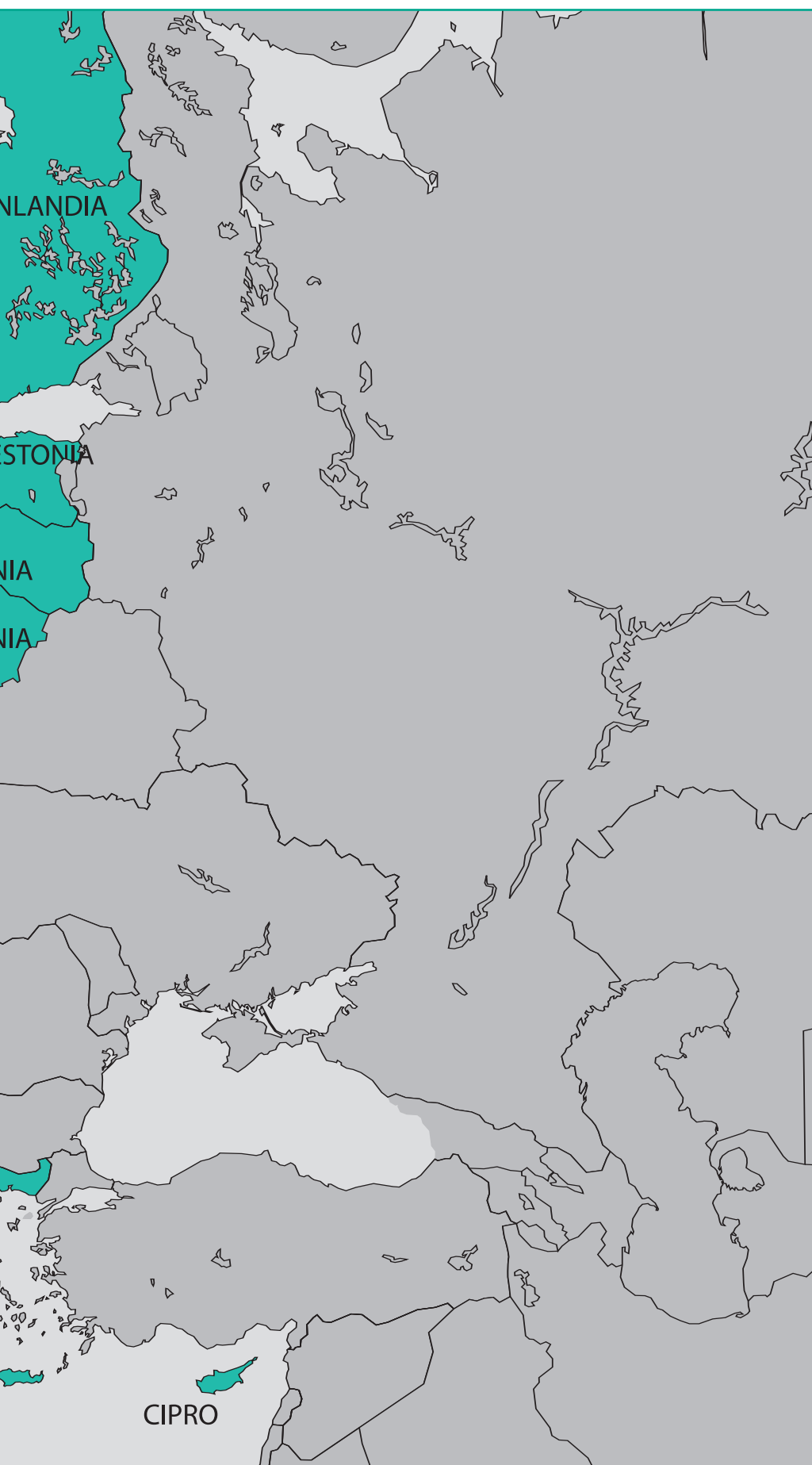
## **Analisi dei sistemi sanitari nei 25 Paesi Ue**





# I 25 Paesi dell'Unione Europea 2006

---



Austria  
Belgio  
Cipro  
Danimarca  
Estonia  
Finlandia  
Francia  
Germania  
Grecia  
Irlanda  
Italia  
Lettonia  
Lituania  
Lussemburgo  
Malta  
Olanda  
Polonia  
Portogallo  
Regno Unito  
Repubblica Ceca  
Slovacchia  
Slovenia  
Spagna  
Svezia  
Ungheria



**Popolazione:** 8.1 mln. ab.

**Natalità:** 0.97%

**Mortalità:** 0,94%

**PIL:** € 224 miliardi

**PIL pro capite:** € 27.700

**Attesa di vita alla nascita m/f (anni):** 76.0/82.0

**Attesa di vita sana alla nascita m/f (anni, 2002):** 69.3/73.5

**Mortalità infantile m/f (per 1000):** 5/5

**Mortalità adulti m/f (per 1000):** 114/55

**Spesa sanitaria totale pro capite (Intl \$, 2003):** 2,306

**Spesa sanitaria totale come % del PIL (2003):** 7.5

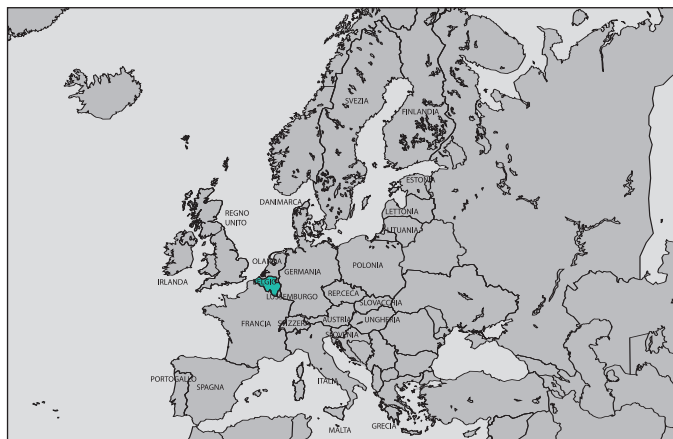
Sistema assistenziale	Percentuale di assistenza finanziata con fondi pubblici	0,70
	Finanziamento pubblico (contributi sociali e/o dalla fiscalità generale)	Finanziamento misto, attraverso l'assicurazione malattie obbligatoria, attraverso contribuzioni sociali e fiscalità generale.
	Copertura della popolazione	Il sistema sanitario nazionale copre il 99% della popolazione. Poco più di un terzo della popolazione contrae assicurazioni sanitarie private aggiuntive.
	Medico di riferimento	Medico di famiglia.

Tipo di ospedale	Pubblico/privato	Ospedali pubblici, ospedali privati no-profit ed ospedali privati profit.
	Categorie	Ci sono sei categorie di ospedali per acuti: ospedali generali (compresi tre policlinici universitari), ospedali specialistici, ospedali di convalescenza, centri per le malattie croniche, maternità e sanatori.

Ospedali per acuti	Numero di ospedali	280 ospedali, di cui 180 per acuti.
	Numero di posti letto	50.000 per acuti (71% pubblici e 29% privati).
	Posti letto ogni 1000 abitanti	6,1
	Tasso di occupazione	76%
	Degenza media	6,0 giorni
	Numero di ricoveri acuti per 1000 abitanti	286
	Liste d'attesa	Trascurabili

# I 25 Paesi dell'Unione Europea 2006

Amministrazione e gestione	Amministrazione e gestione degli ospedali	Gli ospedali pubblici sono proprietà dei Laender, delle autorità locali o del Governo federale. Gli ospedali privati sono di proprietà di Casse di assicurazione, ordini religiosi, associazioni o società private.
	Autorità di supervisione	Il sistema sanitario è sottoposto a doppia tutela: federale con la commissione strutturale e regionale, con le commissioni dei Laender.
Finanziamento	Fonte di finanziamento	Gli ospedali sono finanziati dalle Casse di Assicurazione, dai Laender, dalle amministrazioni comunali e da fondi federali. I ricoverati pagano un forfait giornaliero per le cure "ordinarie" e pagano tutte le spese quando rientrano nella classe delle cure "speciali". Gli ospedali privati profit sono pagati per accordi con le casse di assicurazione.
	Sistema di pagamento	Un po' meno di tre quarti delle spese ospedaliere sono pagate attraverso una tariffazione basata sul sistema Drg. Il resto è fatturato retrospettivamente in base alle tariffe giornaliere.
	Investimenti	I fondi regionali coprono le spese per investimenti degli ospedali no profit. Gli investimenti per gli ospedali profit sono finanziati dalla proprietà congiuntamente con i fondi pubblici.
	Costo del ricovero	1.100 € per abitante. Pari al 38% della spesa sanitaria.
Personale	Personale di cura e assistenza sociale	330.000 dipendenti del settore sociosanitario, di cui 8% di impiego nazionale, 126.800 dipendenti ospedalieri.
	Medici ospedalieri	27.000 medici ospedalieri, pari al 66% della totalità dei medici.
	Contratti e retribuzione dei medici ospedalieri	La retribuzione dei medici ospedalieri è basata su contratti di diritto privato. Percepiscono, inoltre, una percentuale degli introiti ospedalieri aggiuntivi.
Formazione post-lauream	Durata della formazione	La formazione obbligatoria post-lauream, detta <i>Pflichtassistanz</i> o <i>Turnus</i> , dura 3 anni e termina con lo <i>Ius Praticandi</i> , il diritto ad esercitare la medicina generale. Dopo tale titolo, il medico può intraprendere la formazione per una specialità clinica: 3 anni per il medico generico e 6 anni per lo specialista.
	Accesso agli studi	La decisione relativa all'accesso agli studi post-lauream è presa direttamente all'interno dell'ospedale. È tuttavia difficile trovare l'accesso allo stesso <i>Turnus</i> e c'è una lista d'attesa anche di anni per entrare.
	Autorità competente	Associazione medica austriaca. Il ministero della Scienza ha la funzione di Autorità di supervisione.
Libera professione		Le norme variano a seconda delle province e degli ospedali. È consentita la LP solo ambulatoriale, all'interno o in strutture all'esterno dell'ospedale, a scelta del medico (la seconda ipotesi è quella preferita). Può essere negato il permesso in caso di conflitto di interessi. Esistono limiti di tempo. Il pagamento viene fatto direttamente al medico. Nel caso di utilizzo di apparecchiature dell'ospedale, è dovuta una parte del compenso a quest'ultimo; in questo caso al paziente sono rilasciate due diverse ricevute: per il medico e per l'uso delle apparecchiature.



**Popolazione:** 10.5 mln. ab.

**Natalità:** 1.1%

**Mortalità:** 0,8%

**PIL:** € 267 miliardi

**PIL pro capite:** € 26.000

**Attesa di vita alla nascita m/f (anni):** 75.0/81.0

**Attesa di vita sana alla nascita m/f (anni, 2002):** 68.9/73.3

**Mortalità infantile m/f (per 1000):** 5/4

**Mortalità adulti m/f (per 1000):** 122/65

**Spesa sanitaria totale pro capite (Intl \$, 2003):** 2,828

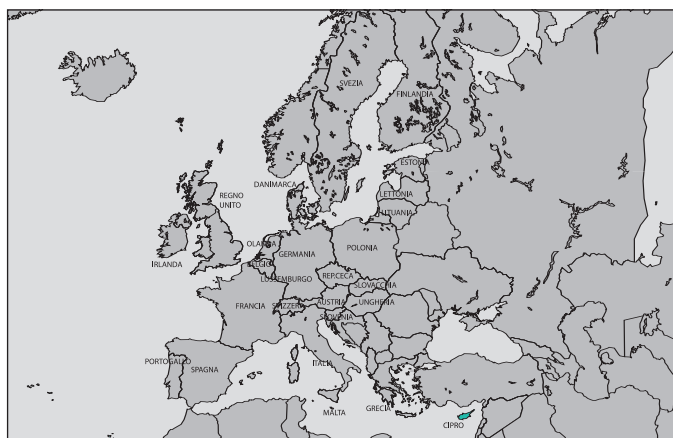
**Spesa sanitaria totale come % del PIL (2003):** 9.4

Sistema assistenziale	Percentuale di assistenza finanziata con fondi pubblici	0,71
	Finanziamento pubblico (contributi sociali e/o dalla fiscalità generale)	Modello che combina il finanziamento attraverso assicurazione sulla salute obbligatoria, con contributi sociali e fiscalizzazione.
	Copertura della popolazione	Il Sistema nazionale di assicurazione obbligatoria alla salute si applica al personale dipendente, dipendenti pubblici, pensionati e handicappati, che rappresentano l'88% della popolazione. Il sistema copre rischi maggiori e minori. I lavoratori autonomi sono assicurati attraverso un programma distinto che copre solo i rischi maggiori. Per i rischi minori hanno un'assicurazione aggiuntiva.
	Medico di riferimento	I pazienti scelgono il proprio medico e l'ospedale dove vogliono essere trattati.
Tipo di ospedale	Pubblico/privato	Coesistenza di ospedali pubblici e privati; la grande maggioranza degli ospedali privati è no profit.
	Categorie	Ci sono quattro categorie di ospedali per acuti: ospedali generali, ospedali universitari, ospedali specialistici e ospedali psichiatrici.
Ospedali per acuti	Numero di ospedali	220 ospedali, inclusi 155 ospedali per acuti.
	Numero di posti letto	63.400 posti letto per acuti (letti privati 64%, letti pubblici 36%).
	Posti letto ogni 1000 abitanti	5,8
	Tasso di occupazione	78%
	Degenza media	6,8 giorni
	Numero di ricoveri acuti per 1000 abitanti	168
	Liste d'attesa	Trascurabili

# I 25 Paesi dell'Unione Europea 2006

Amministrazione e gestione	Amministrazione e gestione degli ospedali	Gli ospedali pubblici appartengono ai centri pubblici di assistenza sociale, alle province, allo Stato o ad organizzazioni intermunicipali. La maggior parte degli ospedali privati appartengono ad ordini religiosi o fondi di assicurazione mutua, e rimangono quasi esclusivamente no profit. Gli ospedali pubblici sono autoamministrati e hanno ampia autonomia finanziaria. Le stesse regole operative e finanziarie si applicano sia agli ospedali pubblici che privati.
	Autorità di supervisione	Le tre comunità linguistiche del Paese (Fiamminghi, Valloni e Tedeschi).
Finanziamento	Fonte di finanziamento	Gli ospedali pubblici e privati sono finanziati da Assicurazione sanitaria, ministero della Sanità, pagamento diretto dei pazienti e altre attività. Il funzionamento degli ospedali è principalmente finanziato con il "budget" delle risorse finanziarie e gli onorari medici.
	Sistema di pagamento	Il "budget" di ospedali pubblici o privati è fissato dal ministero della Sanità. Dal 2002 è calcolato sulle "attività giustificate".
	Investimenti	I poteri pubblici regionali finanziano il 60% degli investimenti ospedalieri attraverso assegnazioni dirette, mentre il Governo Federale provvede al 40% attraverso il "budget" di finanziamento federale.
	Costo del ricovero	740 € pro capite; 35% della spesa sanitaria.
Personale	Personale di cura e assistenza sociale	470.000 dipendenti socio-sanitari, che rappresentano il 12% dei dipendenti della Nazione; 146.300 impiegati del settore ospedaliero.
	Medici ospedalieri	18.400 medici ospedalieri pari al 40% del totale dei medici.
	Contratti e retribuzione dei medici ospedalieri	La maggior parte dei medici che lavorano in ospedale non sono personale stipendiato ma piuttosto presentano parcelle fisse per i loro servizi.
Formazione post-lauream	Durata della formazione	Medicina generale: 2-3 anni. Formazione Specialistica: 2-6 anni. In base all'attuale legislazione, la formazione dura da 2 a sei anni di pratica clinica, sotto il tutoraggio del responsabile per la formazione dell'Università.
	Accesso agli studi	Ci sono diversi metodi di selezione, che dipendono dalle diverse Università ma, in generale, non c'è un esame specifico di accesso e la selezione della specialità dipende dalla disponibilità dei posti. La selezione si basa sul curriculum vitae e altri titoli di merito del candidato. È importante segnalare che in Belgio la selezione degli studenti di Medicina è molto severa, per cui il numero degli studenti che finiscono gli studi equivale ai posti disponibili nelle specialità.
	Autorità competente	Ministero della Sanità assistito da: Consiglio dei medici specialisti e generalisti, Commissione per il riconoscimento degli specialisti, Commissione per il riconoscimento dei generalisti. Per la valutazione della formazione degli specializzandi esiste un Consiglio che esamina regolarmente il progresso dei candidati con una relazione da parte dei docenti.
Libera professione		La LP per i medici ospedalieri è consentita all'interno dell'ospedale senza particolari regole. Non è consentita ai medici in formazione. È illimitata e, nel caso in cui si utilizzino apparecchiature dell'ospedale, una parte della parcella è trattenuta dall'ospedale.





**Popolazione:** 802.000 ab.

**Natalità:** 1.11‰

**Mortalità:** 0,68‰

**PIL:** € 11 miliardi

**PIL pro capite:** € 16.000

**Attesa di vita alla nascita m/f (anni):** 77.0/82.0

**Attesa di vita sana alla nascita m/f (anni, 2002):** 66.7/68.5

**Mortalità infantile m/f (per 1000):** 5/5

**Mortalità adulti m/f (per 1000):** 94/47

**Spesa sanitaria totale pro capite (Intl \$, 2003):** 1,143

**Spesa sanitaria totale come % del PIL (2003):** 6.4

Sistema assistenziale	Percentuale di assistenza finanziata con fondi pubblici	0,49
	Finanziamento pubblico (contributi sociali e/o dalla fiscalità generale)	Il finanziamento pubblico è assicurato dallo Stato attraverso le imposte. Nel 2005 l'introduzione di un'assicurazione sanitaria contribuisce al finanziamento.
	Copertura della popolazione	Le cure sono gratuite per quasi il 60% della popolazione, il resto della popolazione ha accesso alle prestazioni a tariffe ridotte.
	Medico di riferimento	I pazienti sono liberi di scegliere il proprio medico. Tuttavia è in corso una riforma per introdurre il "medico di famiglia".
Tipo di ospedale	Pubblico/privato	Coesistenza bilanciata di ospedali pubblici e privati. I due settori cercano di migliorare il coordinamento dei loro servizi.
	Categorie	Ci sono quattro categorie di ospedali specialistici a livello nazionale (disturbi cardiovascolari, malattia mentale, neurochirurgia, ecc...), ospedali distrettuali (con più di 1.200 letti), ospedali rurali (approssimativamente 100 letti), ospedali e cliniche privati.
Ospedali per acuti	Numero di ospedali	116 ospedali, inclusi 3 ospedali specialistici, 5 grandi ospedali distrettuali, 3 piccoli ospedali rurali e 105 privati.
	Numero di posti letto	2.800 letti per acuti (privati 53%, pubblici 47% del totale).
	Posti letto ogni 1000 abitanti	4
	Tasso di occupazione	80%
	Degenza media	5,5 giorni
	Numero di ricoveri acuti per 1000 abitanti	81
	Liste d'attesa	Dati non disponibili

# I 25 Paesi dell'Unione Europea 2006

Amministrazione e gestione	Amministrazione e gestione degli ospedali	Gli ospedali pubblici appartengono al Governo. Il Governo provvede all'amministrazione dell'ospedale, regolamentazione e organizzazione. Una riforma in corso introdurrà una decentralizzazione della Direzione ospedaliera.
	Autorità di supervisione	La Direzione del sistema ospedaliero è centralizzata. Il Governo è responsabile della definizione della politica sanitaria e del relativo corrispondente finanziamento.
Finanziamento	Fonte di finanziamento	Il ministro della Sanità determina le risorse allocate agli ospedali.
	Sistema di pagamento	Agli ospedali è attribuito un finanziamento generale basato sulle attività svolte in passato e indicizzato con l'inflazione.
	Investimenti	Lo Stato decide gli investimenti.
	Costo del ricovero	Dati non disponibili
Personale	Personale di cura e assistenza sociale	Il 3% dei lavoratori è nel settore sanitario: 3.900 dipendenti socio-sanitari impiegati nel settore pubblico e 2.600 nel privato.
	Medici ospedalieri	Dati non disponibili
	Contratti e retribuzione dei medici ospedalieri	Nel settore pubblico i medici sono funzionari della sanità. Remunerazione e posti sono attribuiti dal Governo.
Formazione post-lauream	Durata della formazione	Dati non disponibili
	Accesso agli studi	Dati non disponibili
	Autorità competente	Dati non disponibili
Libera professione		Dati non disponibili



**Popolazione:** 5,4 mln. ab.

**Natalità:** 1,27%

**Mortalità:** 1,11%

**PIL:** € 118 miliardi

**PIL pro capite:** € 35.000

**Attesa di vita alla nascita m/f (anni):** 75.0/80.0

**Attesa di vita sana alla nascita m/f (anni, 2002):** 68.6/71.1

**Mortalità infantile m/f (per 1000):** 5/5

**Mortalità adulti m/f (per 1000):** 117/72

**Spesa sanitaria totale pro capite (Intl \$, 2003):** 2,762

**Spesa sanitaria totale come % del PIL (2003):** 9,0

Sistema assistenziale	Percentuale di assistenza finanziata con fondi pubblici	0,83
	Finanziamento pubblico (contributi sociali e/o dalla fiscalità generale)	Principalmente finanziato dalle tasse (locali e nazionali).
	Copertura della popolazione	Le cure sono universali e quasi gratuite. Il 98% della popolazione usufruisce di cure ambulatoriali mediche gratuite da parte del medico generico da loro scelto. Il 2% ha optato per il pagamento diretto delle spese da parte della Sicurezza sociale, così che possono scegliere il proprio medico. Almeno 1/3 della popolazione ha un'assicurazione privata.
	Medico di riferimento	Avere un medico di riferimento prescelto non è obbligatorio; i pazienti possono scegliere il medico che vogliono se decidono di pagarlo. Il 98% della popolazione ha optato per la scelta del medico di fiducia.
Tipo di ospedale	Pubblico/privato	Coesistenza di ospedali pubblici e privati, gli ospedali privati profit sono rari (capacità di circa 100 letti).
	Categorie	Ci sono due categorie di servizi ospedalieri: servizi di base disponibili in tutte le aree territoriali e funzioni regionali e nazionali (tecnologia avanzata) in alcune sedi; ci sono pochissimi ospedali specialistici.
Ospedali per acuti	Numero di ospedali	69 ospedali inclusi 62 ospedali per acuti.
	Numero di posti letto	18.200 posti letto per acuti (99,2% pubblici, 0,8% privati).
	Posti letto ogni 1000 abitanti	3,4
	Tasso di occupazione	83%
	Degenza media	3,8 giorni
	Numero di ricoveri acuti per 1000 abitanti	178
	Liste d'attesa	Significative



# I 25 Paesi dell'Unione Europea 2006

Amministrazione e gestione	Amministrazione e gestione degli ospedali	Gli ospedali pubblici appartengono e sono diretti dalle aree territoriali o dalla compagnia degli ospedali di Copenhagen. I pochi ospedali cattolici no profit sono stati progressivamente assorbiti dalle aree territoriali.
	Autorità di supervisione	Il ministero della Salute stabilisce le leggi e le regole per gli ospedali. Direttamente, dirige solo l'ospedale nazionale Universitario di Copenhagen e il sistema sanitario della Groenlandia. Le aree territoriali e la compagnia ospedaliera di Copenhagen sono responsabili delle cure ospedaliere.
Finanziamento	Fonte di finanziamento	Gli ospedali pubblici sono finanziati dalle aree territoriali. Gli ospedali appartenenti alla compagnia ospedaliera di Copenhagen sono finanziati dalle amministrazioni comunali di Copenhagen e Frederiksberg. Gli ospedali privati profit sono finanziati dal pagamento dei pazienti.
	Sistema di pagamento	Il finanziamento degli ospedali pubblici comprende un budget basato sui Drg e obiettivi di attività negoziati. Il 10% del finanziamento è determinato in base all'attività svolta reale.
	Investimenti	Le spese in capitale sono decise e finanziate dal Consiglio di area territoriale dopo una discussione con gli amministratori ospedalieri. Investimenti minori sono decisi dagli amministratori. Le aree territoriali o le amministrazioni comunali di Copenhagen e Frederiksberg, nel caso della Compagnia Ospedaliera di Copenhagen, finanziano gli investimenti degli ospedali no profit.
	Costo del ricovero	1.500 € pro capite; 51% della spesa sanitaria.
Personale	Personale di cura e assistenza sociale	480.000 dipendenti socio-sanitari pari al 17% dei dipendenti nazionali; 85.000 impiegati nel settore ospedaliero.
	Medici ospedalieri	11.000 medici lavorano in ospedale e rappresentano il 56% di tutti i medici.
	Contratti e retribuzione dei medici ospedalieri	I medici ospedalieri sono generalmente salariati; gli specialisti sono pagati a prestazione.
Formazione post-lauream	Durata della formazione	Internato comune di anni 1 e 1/2. Medicina di Famiglia: 3,5 anni. Formazione specialistica: 4-7,5 anni.
	Accesso agli studi	Il periodo di specializzazione è svolto in ospedale ed è retribuito. L'accesso dipende dalla disponibilità di posti. Le scuole mediche e l'Università non sono responsabili della formazione post-lauream. Tutta la formazione post-lauream è data come parte del lavoro in ospedale o in Medicina generale e i medici sono pagati a stipendio completo. Un neolaureato fresco ha diritto di avere due anni di formazione di base, 1 anno e 1/2 in ospedale e 1/2 anno come medico generico. Questa formazione è obbligatoria e organizzata dai Servizi sanitari nazionali insieme ai Servizi sanitari regionali. Comincia subito dopo la laurea in Medicina. Dopo questi due anni può far domanda di ammissione per un anno nella specialità che desidera. Ciò è obbligatorio, se desidera essere uno specialista. Alcuni scelgono una specialità differente da quella scelta il primo anno. È possibile lavorare negli ospedali senza essere specialista, ma sarà sempre lo specialista che ha la responsabilità principale del lavoro dei non specialisti, anche se questi hanno anche una responsabilità personale come medico.
	Autorità competente	Consiglio nazionale di sanità (National Board of Health), che è anche l'autorità competente per l'iscrizione dei laureati in Medicina.
Libera professione		È consentita la LP ai medici ospedalieri, senza particolari limitazioni, tranne l'esistenza di un conflitto di interessi con l'ospedale. Esiste la possibilità di svolgere LP nell'ambito di un contratto con la struttura pubblica, in tal caso il medico stipula un accordo con il Servizio sanitario pubblico e da questo viene pagato. La LP viene di norma effettuata all'esterno dell'ospedale, tranne che nei luoghi remoti, dove vengono utilizzate le strutture ospedaliere, che fungono da richiamo per i pazienti. Questa forma di LP copre non più del 2% della LP.



**Popolazione:** 1,3 mln. ab.

**Natalità:** 0,96%

**Mortalità:** 1,35%

**PIL:** € 8 miliardi

**PIL pro capite:** € 6.000

**Attesa di vita alla nascita m/f (anni):** 66.0/78.0

**Attesa di vita sana alla nascita m/f (anni, 2002):** 59.2/69.0

**Mortalità infantile m/f (per 1000):** 10/6

**Mortalità adulti m/f (per 1000):** 301/108

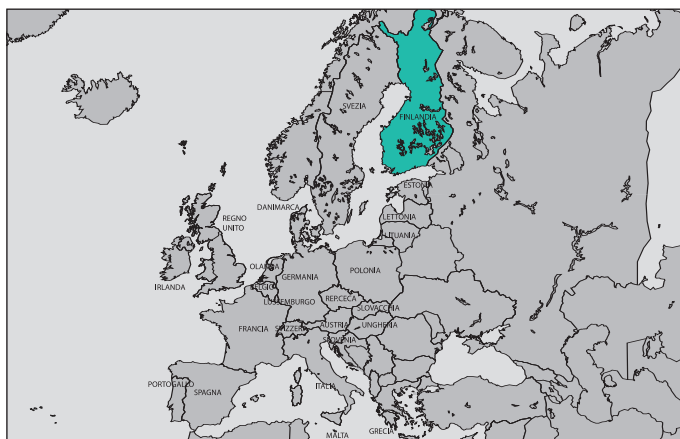
**Spesa sanitaria totale pro capite (Intl \$, 2003):** 682

**Spesa sanitaria totale come % del PIL (2003):** 5,3

Sistema assistenziale	Percentuale di assistenza finanziata con fondi pubblici	0,76
	Finanziamento pubblico (contributi sociali e/o dalla fiscalità generale)	Finanziamento pubblico assicurato primariamente da Assicurazioni sulla salute (68% del totale) e tasse (12% del finanziamento pubblico e privato).
	Copertura della popolazione	Copertura basata sulla residenza, il 93% della popolazione è coperto.
	Medico di riferimento	Medico di famiglia (introdotto nel 1997).
Tipo di ospedale	Pubblico/privato	Coesistenza di ospedali pubblici e privati. La maggior parte degli ospedali sono pubblici, anche se un numero crescente è diventato "entità privata" (società per azioni o fondazione) pur rimanendo proprietà delle amministrazioni comunali.
	Categorie	Ci sono tre categorie di ospedali: grandi ospedali urbani (cura di II livello e ospedali universitari), ospedali di area territoriale (varie specialità) e ospedali municipali (medicina interna e lungodegenza).
Ospedali per acuti	Numero di ospedali	50 ospedali compresi 37 ospedali per acuti, di cui 4 di III livello e 1 universitario.
	Numero di posti letto	6.000 letti per acuti (89% pubblici, 11% privati).
	Posti letto ogni 1000 abitanti	4,4
	Tasso di occupazione	68%
	Degenza media	6,9 giorni
	Numero di ricoveri acuti per 1000 abitanti	172
	Liste d'attesa	Dati non disponibili

# I 25 Paesi dell'Unione Europea 2006

Amministrazione e gestione	Amministrazione e gestione degli ospedali	Gli ospedali pubblici appartengono allo Stato o alle autorità locali. Sono amministrati dai Governi locali. La Direzione rimane centralizzata per le malattie rare.
	Autorità di supervisione	La legislazione e la programmazione sono condotte a diversi livelli. Il ministero degli Affari sociali definisce la politica sanitaria e le linee guida nazionali generali per le cure ospedaliere. Le aree territoriali e il ministero degli Affari sociali pianificano le cure di III livello, le amministrazioni comunali organizzano le cure di II livello.
Finanziamento	Fonte di finanziamento	All'inizio di ogni anno, il fondo sanitario e gli ospedali negoziano dei contratti che definiscono il tipo di servizio fornito, la capacità e le tariffe. Questi contratti pongono un tetto alla spesa totale sanitaria basata sui servizi forniti l'anno precedente. Lo Stato finanzia i servizi ambulatoriali e il trattamento di emergenza per chi non ha copertura assicurativa.
	Sistema di pagamento	Dalla riforma del 2002/2003 è stato introdotto il pagamento basato sulla patologia, ispirato ai Drg usati nei Paesi Scandinavi. Il co-pagamento è iniziato negli ospedali pubblici nel 2002.
	Investimenti	Gli ospedali sono responsabili delle decisioni sugli investimenti che sono finanziati in proprio. In caso di insufficienza di fondi, gli ospedali spesso decidono di aprire dei prestiti emettendo dei "certificati di bisogno" per gli investimenti maggiori. Il livello di investimento è piuttosto basso.
	Costo del ricovero	31% della spesa sanitaria.
Personale	Personale di cura e assistenza sociale	Dati non disponibili
	Medici ospedalieri	2.100 medici ospedalieri, pari al 50% del numero totale dei medici.
	Contratti e retribuzione dei medici ospedalieri	I medici ospedalieri sono impiegati salariati. I loro salari sono determinati dall'amministrazione di ogni ospedale. Lo Stato definisce un livello minimo salariale.
Formazione post-lauream	Durata della formazione	Dati non disponibili
	Accesso agli studi	Dati non disponibili
	Autorità competente	Dati non disponibili
Libera professione		Dati non disponibili



**Popolazione:** 5,2 mln. ab.

**Natalità:** 1,07%

**Mortalità:** 0,95%

**PIL:** € 143 miliardi

**PIL pro capite:** € 27.400

**Attesa di vita alla nascita m/f (anni):** 75.0/82.0

**Attesa di vita sana alla nascita m/f (anni, 2002):** 68.7/73.5

**Mortalità infantile m/f (per 1000):** 5/3

**Mortalità adulti m/f (per 1000):** 137/62

**Spesa sanitaria totale pro capite (Intl \$, 2003):** 2,108

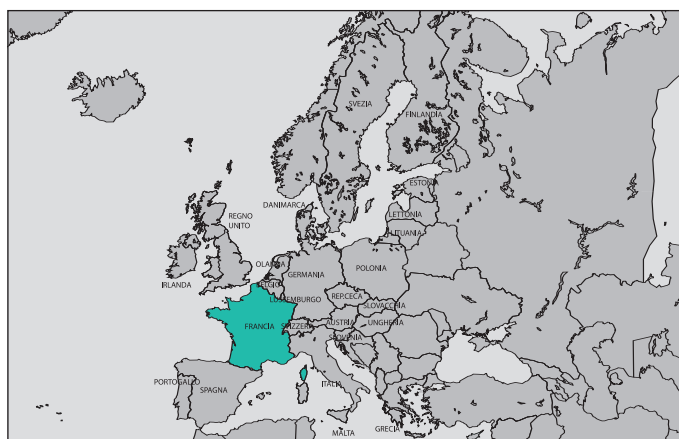
**Spesa sanitaria totale come % del PIL (2003):** 7,4

Sistema assistenziale	Percentuale di assistenza finanziata con fondi pubblici	0,76
	Finanziamento pubblico (contributi sociali e/o dalla fiscalità generale)	Soprattutto finanziato dalle tasse (locali e nazionali), un contributo minore dal sistema assicurativo nazionale (15%).
	Copertura della popolazione	L'assistenza sanitaria è universale e gratuita, tranne che per le cure mediche dove è richiesto un co-pagamento. C'è un sistema marginale di assicurazioni private che rappresenta il 2% della spesa sanitaria.
	Medico di riferimento	Nel settore pubblico l'accesso agli ospedali è controllato dal medico di riferimento; nel settore privato l'accesso all'ospedale può essere diretto.
Tipo di ospedale	Pubblico/privato	Coesistenza di ospedali pubblici e pochi ospedali privati.
	Categorie	Ci sono due categorie di ospedali pubblici per acuti: 21 ospedali centrali, di cui 5 ospedali universitari e 40 ospedali distrettuali.
Ospedali per acuti	Numero di ospedali	391 ospedali, inclusi 61 ospedali per acuti.
	Numero di posti letto	12.000 posti letto per acuti (97% pubblici, 3% privati).
	Posti letto ogni 1000 abitanti	2,3
	Tasso di occupazione	74%
	Degenza media	4,4 giorni
	Numero di ricoveri acuti per 1000 abitanti	198
	Liste d'attesa	Trascurabili.



# I 25 Paesi dell'Unione Europea 2006

Amministrazione e gestione	Amministrazione e gestione degli ospedali	Gli ospedali distrettuali e centrali appartengono e sono diretti dai Distretti ospedalieri che derivano da una federazione delle amministrazioni comunali.
	Autorità di supervisione	Dal 1991 le amministrazioni comunali finlandesi si fanno carico dell'organizzazione ospedaliera attraverso i Distretti ospedalieri del Paese. I Distretti sono responsabili della fornitura di cure specialistiche e del coordinamento delle cure negli ospedali pubblici nella loro rispettiva area geografica.
Finanziamento	Fonte di finanziamento	Il Consiglio distrettuale definisce il budget ospedaliero e le amministrazioni comunali pagano le spese fatturate dagli ospedali. C'è un sistema di riequilibrio dei costi fra le amministrazioni comunali in ogni Distretto.
	Sistema di pagamento	La fatturazione dei servizi è lasciata a discrezione degli ospedali. Alcuni ospedali adottano un sistema di fatturazione a pacchetto che copre diversi servizi. Altri basano la fatturazione sul Drg.
	Investimenti	Fino al 2002 lo Stato ha integrato le spese in capitale che i finanziamenti municipali non potevano affrontare. Finanziava il 25% degli investimenti di media dimensione e il 50% degli investimenti maggiori. Successivamente gli investimenti statali sono stati tagliati al 25% del costo globale.
	Costo del ricovero	820 € pro capite, 39% della spesa sanitaria.
Personale	Personale di cura e assistenza sociale	338.000 dipendenti socio-sanitari, pari al 15% dei dipendenti nazionali.
	Medici ospedalieri	8.700 medici ospedalieri, pari al 53% di tutti i medici.
	Contratti e retribuzione dei medici ospedalieri	I medici ospedalieri sono impiegati stipendiati dalle amministrazioni comunali. Il salario mensile varia in funzione del posto e dell'anzianità.
Formazione post-lauream	Durata della formazione	Ci sono due diversi tipi di studio: Medicina generale (3-4 anni), Formazione specialistica (6-8 anni).
	Accesso agli studi	Medicina generale: l'accesso è libero; spesso dipende dalla possibilità di trovare un insegnante supervisore. Specialista: lo specializzando deve avere il permesso di esercitare la professione in Finlandia. Il programma comprende formazione pratica e teorica ed un esame nazionale.
	Autorità competente	Per entrambe le formazioni è responsabile l'Università. Il ministero dell'Educazione, dopo aver consultato il ministero degli Affari sociali e Salute, decide quale programma formativo può essere offerto in ogni Università.
Libera professione		Dati non disponibili



**Popolazione:** 59,6 mln. ab.

**Natalità:** 1,35%

**Mortalità:** 0,9%

**Pil:** € 1.560 miliardi

**Pil pro capite:** € 26.100

**Attesa di vita alla nascita m/f (anni):** 76.0/83.0

**Attesa di vita sana alla nascita m/f (anni, 2002):** 69.3/74.7

**Mortalità infantile m/f (per 1000):** 5/4

**Mortalità adulti m/f (per 1000):** 132/60

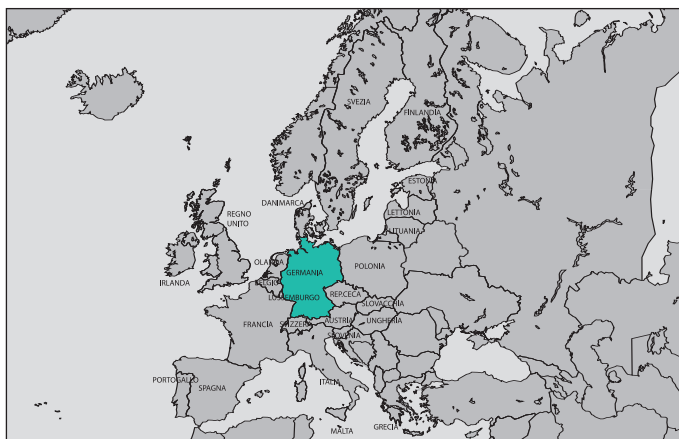
**Spesa sanitaria totale pro capite (Intl \$, 2003):** 2,902

**Spesa sanitaria totale come % del Pil (2003):** 10,1

Sistema assistenziale	Percentuale di assistenza finanziata con fondi pubblici	0,76
	Finanziamento pubblico (contributi sociali e/o dalla fiscalità generale)	Primariamente finanziato da assicurazione privata obbligatoria, nonostante un aumento della contribuzione fiscale (Csg, Rds).
	Copertura della popolazione	Il sistema di sicurezza sociale generale copre la maggior parte dei dipendenti, un centinaio di piani speciali copre il resto della popolazione (contadini, minatori, liberi professionisti ecc.).
	Medico di riferimento	Dal gennaio 2005 il paziente sceglie liberamente un medico di riferimento (medico generico o specialista) che lo indirizza agli specialisti. Questo sistema non è obbligatorio ma implica un aumento della contribuzione da parte del paziente se non la sottoscrive.
Tipo di ospedale	Pubblico/privato	Coesistenza di ospedali pubblici, privati no profit e privati profit.
	Categorie	Ci sono tre categorie di ospedali per acuti, centri ospedalieri universitari, centri ospedalieri, ospedali locali.
Ospedali per acuti	Numero di ospedali	3.055 ospedali: 1.031 pubblici, 2.024 privati di cui 772 sono parte dei servizi ospedalieri pubblici (Psph), 241 sono no profit e non Psph, 1.211 sono cliniche profit.
	Numero di posti letto	235.800 letti per acuti ( 65% pubblici, 35% privati).
	Posti letto ogni 1000 abitanti	4
	Tasso di occupazione	77%
	Degenza media	5,5 giorni
	N. di ricoveri acuti per 1000 abitanti	204
Amministrazione e gestione	Liste d'attesa	Trascurabili.
	Amministrazione e gestione degli ospedali	Gli ospedali pubblici sono istituzioni pubbliche legalmente e finanziariamente indipendenti, sottoposti alla supervisione dello Stato. Gli ospedali privati no profit sono generalmente amministrati da organizzazioni no profit, fondazioni, piani di sicurezza mutualistica o congregazioni religiose. Dal punto di vista legale le cliniche private sono imprese civili o commerciali, o gruppi di interesse pubblico. Possono essere anche posseduti da singoli individui.
Amministrazione e gestione	Autorità di supervisione	Agenzie regionali decentrate si fanno carico di organizzare il settore ospedaliero nella propria Regione.

# I 25 Paesi dell'Unione Europea 2006

Finanziamento	Fonte di finanziamento	Il finanziamento operativo degli ospedali pubblici e delle istituzioni private Psph sono finanziate all'80% dai fondi assicurativi sanitari nazionali e il restante 20% è coperto da entrate aggiuntive. Il fondo sanitario assicurativo nazionale è anche il principale finanziatore delle cliniche private.
	Sistema di pagamento	Gli ospedali pubblici e gli ospedali Psph ricevono un finanziamento annuo complessivo. La maggior parte delle altre istituzioni private (95%) sono finanziate sulla base di un tariffario limitato da parte di un obbiettivo nazionale quantificato, e il restante 5% da parte della diaria giornaliera stabilita dalla prefettura locale (quest'ultima procedura è in via di abbandono). Dal 2004 tutti gli ospedali sono tenuti a cambiare verso un sistema di fatturazione basato sui servizi forniti.
	Investimenti	Gli investimenti ospedalieri sono soprattutto autofinanziati. In seconda istanza gli ospedali ricorrono a prestiti o chiedono finanziamenti governativi e donazioni.
	Costo del ricovero	1.200 € pro capite; 41% della spesa sanitaria.
Personale	Personale di cura e assistenza sociale	2,5 milioni di dipendenti socio sanitari pari al 10% dei dipendenti nazionali; 1,1 milione di dipendenti del settore ospedaliero.
	Medici ospedalieri	56.400 medici ospedalieri, pari al 28% di tutti i medici.
	Contratti e retribuzione dei medici ospedalieri	Negli ospedali pubblici la maggior parte dei medici sono dipendenti ospedalieri, una condizione introdotta da una legge del 1986, mentre nelle istituzioni private i medici lavorano per contratto e il personale non medico è soggetto ad accordi e trattative collettive.
Formazione post-lauream	Durata della formazione	Medicina generale: 2,5 anni. Specializzazioni: 4-6 anni.
	Accesso agli studi	Medicina generale: non è necessario alcun esame. Per le diverse specialità, c'è un esame organizzato dall'Università, ed è l'unico modo di accesso. Dopo 4 anni di studio, gli allievi sostengono un esame obbligatorio, <i>examen classant</i> , che li autorizza a scegliere i servizi o i reparti differenti per i 4 o 5 anni dove lavoreranno da residenti. Ogni specialità ha bisogno di un certo numero di stage in questi servizi (cambiano ogni sei mesi). Ma è necessario che trovino il servizio di loro gradimento durante il primo anno. Per esempio, se desiderano diventare chirurgo e non trovano tali servizi durante il primo anno dopo l' <i>examen classant</i> , non diventeranno mai un chirurgo. L'assunzione negli ospedali non ha niente a che fare con la specialità. La formazione permanente ha accesso libero.
	Autorità competente	L'organizzazione del terzo livello di studi specialistici è di competenza congiunta del ministero dell'Educazione e del ministero della Salute, attraverso l'Università per le specializzazioni, e le Associazioni professionali per la Medicina generale.
Libera professione		È consentita la LP ai medici ospedalieri solo all'interno dell'ospedale, che è tenuto a mettere a disposizione del medico gli spazi e le attrezzature (il che avviene sempre). Il medico stipula un contratto con il direttore dell'ospedale, ma l'autorizzazione può essere negata. In caso di LP il medico riceve uno stipendio di € 450 inferiore a chi non svolge LP. La LP non può essere svolta dai medici in formazione e per il primo anno di assunzione. C'è un limite di attività pari al 20% dell'orario settimanale. La tariffa della visita è di € 31, di cui il 30% viene versato all'ospedale. Nel caso si utilizzino apparecchiature, nulla di più è dovuto al medico o all'ospedale, dato che in Francia si ritiene che le apparecchiature, in ogni modo, appartengano al cittadino.



**Popolazione:** 82,5 mln. ab.

**Natalità:** 0,93%

**Mortalità:** 1,01%

**PIL:** € 2.130 miliardi

**PIL pro capite:** € 25.800

**Attesa di vita alla nascita m/f (anni):** 76.0/82.0

**Attesa di vita sana alla nascita m/f (anni, 2002):** 69.6/74.0

**Mortalità infantile m/f (per 1000):** 5/5

**Mortalità adulti m/f (per 1000):** 112/58

**Spesa sanitaria totale pro capite (Intl \$, 2003):** 3,001

**Spesa sanitaria totale come % del PIL (2003):** 11,1

Sistema assistenziale	Percentuale di assistenza finanziata con fondi pubblici	0,78
	Finanziamento pubblico (contributi sociali e/o dalla fiscalità generale)	Finanziato da Assicurazione sanitaria obbligatoria ma anche dalle tasse (21%).
	Copertura della popolazione	Il fondo copre il 92% della popolazione. Il resto della popolazione è coperto o da compagnie assicurative dei dipendenti pubblici o da assicurazioni private (persone con elevati redditi), lo 0,5 % della popolazione non è coperto.
	Medico di riferimento	Il medico generico controlla strettamente l'accesso alle cure ospedaliere.

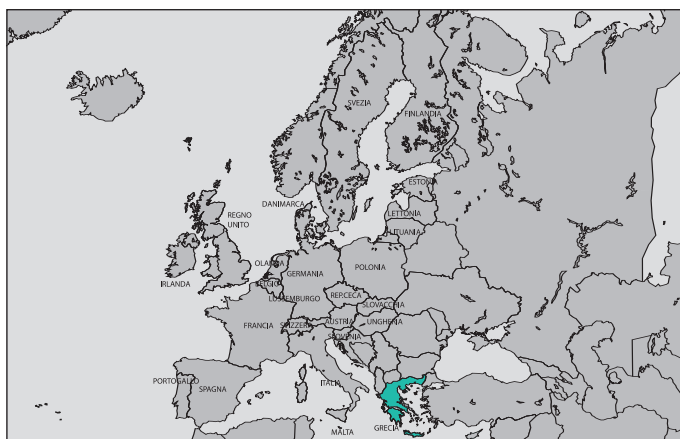
Tipo di ospedale	Pubblico/privato	Coesistenza di ospedali pubblici, privati no profit e privati profit.
	Categorie	Ci sono due categorie di ospedali: ospedali generali e ospedali psichiatrici.

Ospedali per acuti	Numero di ospedali	Ci sono 3.600 ospedali compresi 2000 ospedali per acuti.
	Numero di posti letto	516.000 posti letto per acuti (77% pubblici, 23% privati).
	Posti letto ogni 1000 abitanti	6,3
	Tasso di occupazione	80%
	Degenza media	9,3 giorni
	Numero di ricoveri acuti per 1000 abitanti	205
	Liste d'attesa	Trascurabili.



# I 25 Paesi dell'Unione Europea 2006

Amministrazione e gestione	Amministrazione e gestione degli ospedali	Gli ospedali pubblici appartengono ai Laender, gruppi di amministrazioni comunali o amministrazioni comunali. Gli ospedali pubblici possono essere diretti attraverso strutture di diritto pubblico o di diritto privato. Gli ospedali pubblici possono essere Società a responsabilità limitata.
	Autorità di supervisione	Il Governo Federale definisce le linee guida operative per le strutture ospedaliere. I Laender sono responsabili della pianificazione ospedaliera e del finanziamento per gli investimenti e la tecnologia ospedaliera.
Finanziamento	Fonte di finanziamento	Le spese operative sono finanziate dai fondi assicurativi sanitari e dai pazienti (pagamento diretto).
	Sistema di pagamento	Dal 1 gennaio 2003 c'è stata la riforma del sistema di pagamento degli ospedali. Abbandono progressivo della procedura generale di budget. Tutti i servizi ospedalieri saranno remunerati secondo il modello australiano Drg a partire dal 2009.
	Investimenti	Qualsiasi sia il tipo di ospedale gli investimenti ospedalieri sono finanziati dai Laender attraverso i piani ospedalieri.
	Costo del ricovero	1.100 € pro capite; 36% della spesa sanitaria.
Personale	Personale di cura e assistenza sociale	3,9 milioni di dipendenti socio-sanitari pari al 10% dei dipendenti nazionali; 1,2 milioni di dipendenti ospedalieri.
	Medici ospedalieri	184.000 medici ospedalieri pari al 38% di tutti i medici.
	Contratti e retribuzione dei medici ospedalieri	I medici sono generalmente a rapporto di dipendenza, ma fanno pagare i pazienti privati per i servizi forniti. I medici pagano l'ospedale per l'uso delle attrezzature per i pazienti privati.
Formazione post-lauream	Durata della formazione	C'è una formazione obbligatoria di 1 anno e 1/2, Medicina generale: 3 anni (in alcune Regioni è aggiunto il periodo di formazione obbligatoria). Dopo di che è possibile praticare la Medicina generale. C'è la possibilità di completare la Medicina generale con la formazione di specialità: 4 anni. Formazione specialistica: 4-6 anni.
	Accesso agli studi	L'accesso alla formazione di medico generico è aperto. Non c'è un numero definito di posti disponibili per la specializzazione. Un medico che si vuole specializzare è tenuto a lavorare nella specialità interessata per un certo periodo di tempo.
	Autorità competente	L'autorità competente negli studi post-lauream è il Landesartekammern, che è l'Ordine dei medici delle diverse Regioni tedesche. L'insegnamento ha luogo nella maggior parte degli ospedali tedeschi e, nella pratica privata, istituti di ricerca, centri di Medicina del Lavoro ecc., ma c'è sempre un medico qualificato che agisce da supervisore nella specialità interessata.
Libera professione		La LP è consentita, previa autorizzazione dell'ospedale, che può revocarla, ai soli primari e ai direttori di Dipartimento. L'autorizzazione deve essere rinnovata annualmente. Il pagamento viene fatto direttamente al medico o all'ospedale, a seconda del contratto stipulato. La LP può essere svolta solo all'interno dell'ospedale e, nel caso di utilizzo delle apparecchiature, una cifra pari al 30-50% della parcella viene versata all'ospedale.

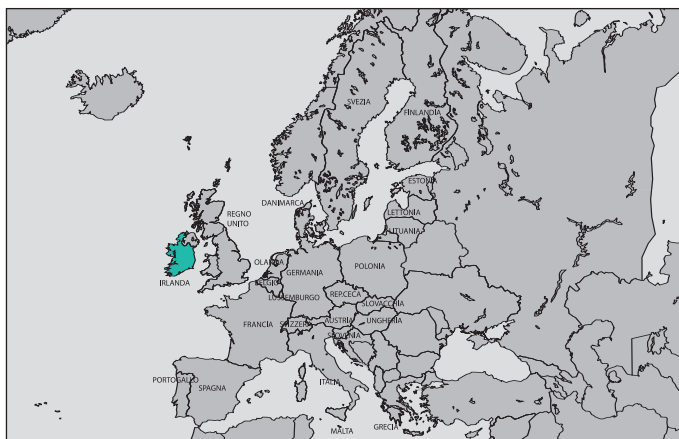


**Popolazione:** 11 mln. ab.  
**Natalità:** 0,98%  
**Mortalità:** 0,97%  
**PIL:** € 53 miliardi  
**PIL pro capite:** € 13,900  
**Attesa di vita alla nascita m/f (anni):** 77,0/82,0  
**Attesa di vita sana alla nascita m/f (anni, 2002):** 69.1/72.9  
**Mortalità infantile m/f (per 1000):** 6/4  
**Mortalità adulti m/f (per 1000):** 110/46  
**Spesa sanitaria totale pro capite (Intl \$, 2003):** 1,997  
**Spesa sanitaria totale come % del PIL (2003):** 9,9

Sistema assistenziale	Percentuale di assistenza finanziata con fondi pubblici	0,53
	Finanziamento pubblico (contributi sociali e/o dalla fiscalità generale)	Finanziamento assicurato dall'Assicurazione sociale obbligatoria e dalla fiscalità.
	Copertura della popolazione	La quasi totalità della popolazione è coperta da una delle Casse autonome di assicurazione malattia. Esiste un sistema di assicurazione complementare.
	Medico di riferimento	Non esiste.
Tipo di ospedale	Pubblico/privato	Coesistenza di ospedali pubblici del Sistema sanitario nazionale, Casse di assicurazione sanitaria e ospedali privati.
	Categorie	Esistono tre categorie di ospedali: 177 ospedali generali, 23 ospedali misti, 139 ospedali specializzati. In aggiunta ci sono 13 ospedali pubblici militari e 3 ospedali di insegnamento.
Ospedali per acuti	Numero di ospedali	3.337 ospedali di cui 298 per acuti.
	Numero di posti letto	41.900 letti per acuti (70% pubblici, 30% privati).
	Posti letto ogni 1000 abitanti	4
	Tasso di occupazione	65%
	Degenza media	6,3 giorni
	Numero di ricoveri acuti per 1000 abitanti	Dati non disponibili
	Liste d'attesa	Significative.

# I 25 Paesi dell'Unione Europea 2006

Amministrazione e gestione	Amministrazione e gestione degli ospedali	Gli ospedali pubblici funzionano come unità indipendenti in ogni sistema sanitario regionale e sono diretti da professionisti in materia con contratti quinquennali. Certi piani assicurativi posseggono e dirigono ospedali dedicati.
	Autorità di supervisione	Gli ospedali pubblici dipendono dal sistema sanitario regionale dal 2001.
Finanziamento	Fonte di finanziamento	Gli ospedali sono rimborsati dal Sistema assicurativo sanitario. Lo Stato contribuisce al 70% del finanziamento ospedaliero. Il suo contributo al budget operativo è ufficialmente limitato agli stipendi; in effetti paga tutti i costi ospedalieri tranne quelli rimborsati dai piani assicurativi.
	Sistema di pagamento	I rimborsi delle assicurazioni sanitarie sono calcolati su una tariffa giornaliera. I finanziamenti dallo Stato sono basati su previsioni preliminari di budget per i salari. Lo Stato copre il deficit ospedaliero successivamente.
	Investimenti	Il Sistema sanitario regionale è responsabile della pianificazione e della fornitura di attrezzature agli ospedali pubblici.
	Costo del ricovero	800 € pro capite; 42% della spesa sanitaria.
Personale	Personale di cura e assistenza sociale	179.000 dipendenti socio-sanitari pari al 5% della dipendenza nazionale. 100.000 dipendenti ospedalieri.
	Medici ospedalieri	22.700 medici.
	Contratti e retribuzione dei medici ospedalieri	I medici del settore pubblico sono a rapporto di dipendenza. Nel settore privato lavorano a rapporto libero professionale.
Formazione post-lauream	Durata della formazione	C'è un periodo di formazione obbligatorio di 1 anno dopo la laurea. Medicina generale: 3 anni. Formazione specialistica: 3-7 anni. Dottorato: 3 anni.
	Accesso agli studi	C'è una lista d'attesa per chi vuole accedere alla specialità.
	Autorità competente	Il ministero della Salute. La formazione teorica e pratica è fatta dagli ospedali, le cliniche e i laboratori autorizzati, ma sempre sotto la supervisione del ministero dei Servizi sociali.
Libera professione		Dati non disponibili



**Popolazione:** 4 mln. ab.

**Natalità:** 1,42%

**Mortalità:** 0,79%

**PIL:** € 143 miliardi

**PIL pro capite:** € 34,000

**Attesa di vita alla nascita m/f (anni):** 75,0/81,0

**Attesa di vita sana alla nascita m/f (anni, 2002):** 68.1/71.5

**Mortalità infantile m/f (per 1000):** 7/5

**Mortalità adulti m/f (per 1000):** 105/60

**Spesa sanitaria totale pro capite (Intl \$, 2003):** 2,496

**Spesa sanitaria totale come % del PIL (2003):** 7,3

Sistema assistenziale	Percentuale di assistenza finanziata con fondi pubblici	0,75
	Finanziamento pubblico (contributi sociali e/o dalla fiscalità generale)	Finanziamento essenzialmente assicurato dalla fiscalità.
	Copertura della popolazione	Il 35% della popolazione appartiene alla prima categoria del Sistema nazionale sanitario (accesso gratuito alle cure), il 65% appartiene alla seconda categoria (partecipano al pagamento delle cure o sottoscrivono un'assicurazione volontaria).
	Medico di riferimento	I pazienti della prima categoria sono iscritti presso un medico scelto da un elenco. Quelli della seconda categoria pagano la totalità delle cure ambulatoriali e sono, in cambio, liberi di scegliere non importa quale generalista o specialista.

Tipo di ospedale	Pubblico/privato	Coesistenza di ospedali pubblici e privati, gli ospedali privati possono essere profit o no profit. Gli ospedali pubblici dispongono di letti privati (20% del totale).
	Categorie	Esistono due categorie di ospedali pubblici per acuti: ospedali generali e ospedali specializzati.

Ospedali per acuti	Numero di ospedali	100 ospedali di cui 54 per acuti.
	Numero di posti letto	11.700 letti per acuti.
	Posti letto ogni 1000 abitanti	3
	Tasso di occupazione	84%
	Degenza media	6,5 giorni
	Numero di ricoveri acuti per 1000 abitanti	141
	Liste d'attesa	Notevoli: 28.000 pazienti in lista.

# I 25 Paesi dell'Unione Europea 2006

Amministrazione e gestione	Amministrazione e gestione degli ospedali	I Consigli sanitari (amministrazioni periferiche) possiedono e gestiscono gli ospedali del Consiglio sanitario. Gestiscono anche alcuni ospedali privati ( <i>public voluntary hospitals</i> ).
	Autorità di supervisione	L'autorità legislativa è periferica come i Consigli sanitari regionali.
Finanziamento	Fonte di finanziamento	I Consigli sanitari finanziano i propri ospedali mentre gli ospedali volontari sono finanziati direttamente dallo Stato. I finanziamenti sono legati anche al co-pagamento dei pazienti e dei piani assicurativi privati. Se vengono chiesti letti privati la cura è a carico del paziente e dell'assicurazione privata.
	Sistema di pagamento	Il finanziamento è basato su un budget annuale generale. È in corso un esperimento di fatturazione basata sulla patologia in 32 ospedali. L'aumento annuo della fatturazione basata sulla patologia è del 5%.
	Investimenti	Il Consiglio sanitario finanzia gli investimenti dei propri ospedali.
	Costo del ricovero	1.000 € pro capite pari al 54% della spesa sanitaria.
Personale	Personale di cura e assistenza sociale	146.000 dipendenti socio-sanitari pari all'8% dei lavoratori nazionali; 62.000 dipendenti ospedalieri.
	Medici ospedalieri	1.750 medici ospedalieri
	Contratti e retribuzione dei medici ospedalieri	Gli specialisti degli ospedali pubblici lavorano come dipendenti anche se svolgono attività privata.
Formazione post-lauream	Durata della formazione	Formazione di base: 3 anni dopo la laurea in Medicina (formazione di base per noi "medicina generale"). Formazione specialistica: 3-4 anni (dipende dalla specialità) dopo la formazione di base.
	Accesso agli studi	L'accesso è tramite concorso.
	Autorità competente	Ci sono differenti istituzioni incaricate degli studi post-lauream, sotto il controllo del Consiglio medico e del Consiglio medico e dentale post-lauream; entrambi sono istituzioni pubbliche. Quando gli studi post-lauream sono terminati, si ottiene un "certificato d'accreditamento".
Libera professione		La LP è consentita ai medici ospedalieri senza limiti e non necessita di alcuna autorizzazione. Può essere svolta all'interno o all'esterno dell'ospedale. Il pagamento è effettuato direttamente al medico, ma se la prestazione è svolta in ospedale viene fatturato il costo al paziente o alla società di assicurazione per l'utilizzo delle strutture ospedaliere.





**Popolazione:** 57,3 mln. ab.

**Natalità:** 0,93%

**Mortalità:** 0,97%

**PIL:** € 1.300 miliardi

**PIL pro capite:** € 22.700

**Attesa di vita alla nascita m/f (anni):** 78,0/84,0

**Attesa di vita sana alla nascita m/f (anni, 2002):** 70,7/74,7

**Mortalità infantile m/f (per 1000):** 5/4

**Mortalità adulti m/f (per 1000):** 91/47

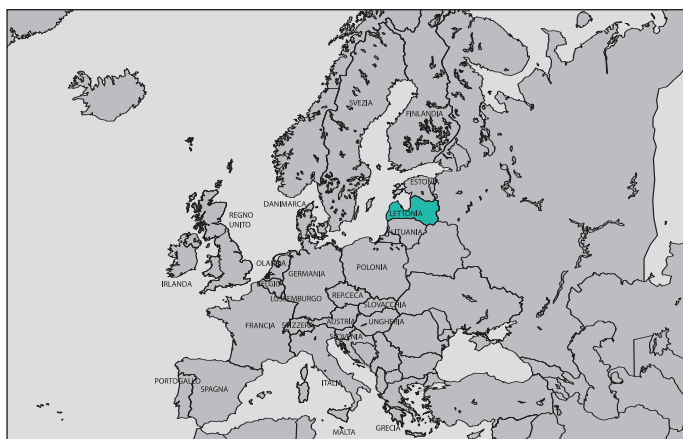
**Spesa sanitaria totale pro capite (Intl \$, 2003):** 2,266

**Spesa sanitaria totale come % del PIL (2003):** 8,4

Sistema assistenziale	Percentuale di assistenza finanziata con fondi pubblici	0,75
	Finanziamento pubblico (contributi sociali e/o dalla fiscalità generale)	Essenzialmente finanziato dalle imposte.
	Copertura della popolazione	Il sistema sanitario fornisce copertura universale, il 30% della spesa è a carico della popolazione.
	Medico di riferimento	Un medico di famiglia fornisce l'accesso alle cure secondarie. I pazienti possono scegliere il medico di loro fiducia, tuttavia ogni medico e/o un pediatra di famiglia ha un massimale di pazienti.
Tipo di ospedale	Pubblico/privato	Coesistenza di ospedali pubblici e privati. Gli ospedali privati possono essere profit o no profit. La maggior parte degli ospedali privati hanno convenzioni con le Regioni. Gli ospedali pubblici possono fare attività privata.
	Categorie	Gli ospedali pubblici di maggiori dimensioni sono per la maggior parte indipendenti; ci sono 16 istituti di ricerca pubblici e 16 privati.
Ospedali per acuti	Numero di ospedali	1.307 ospedali di cui 1.144 per acuti.
	Numero di posti letto	226.700 letti per acuti (77% pubblici, 23% privati).
	Posti letto ogni 1000 abitanti	4
	Tasso di occupazione	76%
	Degenza media	6,9 giorni
	Numero di ricoveri acuti per 1000 abitanti	157
	Liste d'attesa	Significative.

# I 25 Paesi dell'Unione Europea 2006

Amministrazione e gestione	Amministrazione e gestione degli ospedali	Gli ospedali autonomi appartengono alla Regione e hanno una direzione indipendente. Gli altri ospedali pubblici sono diretti dalle Unità sanitarie locali.
	Autorità di supervisione	Gli ospedali ricadono sotto tre categorie in base alla proprietà: statali, municipali (la grande maggioranza) e privati.
Finanziamento	Fonte di finanziamento	Lo Stato finanzia gli Istituti di Ricerca, gli ospedali indipendenti sono finanziati dalle Regioni, gli ospedali pubblici e privati convenzionati sono finanziati dalle Unità sanitarie locali. Gli altri ospedali privati sono finanziati direttamente dai loro pazienti.
	Sistema di pagamento	Gli ospedali pubblici e privati convenzionati sono finanziati attraverso un budget preliminare basato sui Drg. Gli altri ospedali privati sono finanziati sulla base di una retta giornaliera. Gli ospedali indipendenti sono remunerati secondo la combinazione di criteri tradizionali e Drg.
	Investimenti	Le Regioni finanziano gli investimenti ospedalieri. Diverse Unità sanitarie locali e alcuni ospedali autonomi stanno sperimentando sistemi di finanziamento pubblico-privato.
	Costo del ricovero	730 € pro capite; il 41% della spesa sanitaria.
Personale	Personale di cura e assistenza sociale	1,4 milioni di dipendenti socio-sanitari pari al 6% dei dipendenti nazionali; 590.000 dipendenti ospedalieri.
	Medici ospedalieri	100.000 medici ospedalieri pari al 30% di tutti i medici.
	Contratti e retribuzione dei medici ospedalieri	I medici che lavorano negli ospedali pubblici sono dipendenti, i medici degli ospedali privati sono retribuiti in base ai servizi resi.
Formazione post-lauream	Durata della formazione	Formazione in medicina generale: 2 anni. Formazione specialistica 4-5 anni.
	Accesso agli studi	L'accesso è tramite concorso presso l'Università. La specializzazione si svolge all'interno delle strutture universitarie, con lezioni teoriche e attività pratica. È possibile utilizzare strutture ospedaliere per la formazione pratica, ma sempre sotto il controllo dell'Università.
	Autorità competente	Università.
Libera professione		Esistono due diversi tipi di rapporto dei medici con l'ospedale: a rapporto esclusivo e a rapporto non esclusivo. I medici a rapporto esclusivo percepiscono uno stipendio superiore, sono autorizzati a svolgere la LP all'interno delle strutture messe a disposizione dall'ospedale ma, nel caso in cui non siano disponibili, il medico è autorizzato a svolgere la LP all'esterno (intramoenia allargata); in tal caso, la ricevuta per il pagamento della parcella è scritta in un apposito ricevutario dell'ospedale, che trattiene per sé una quota ed opera la ritenuta fiscale. Esistono limiti quantitativi per la LP in rapporto all'attività ospedaliera. Nel caso di utilizzo di apparecchiature ospedaliere, viene trattenuta una quota aggiuntiva. Esistono regole complesse per l'autorizzazione alla LP intramoenia allargata. Il medico a rapporto non esclusivo può svolgere la LP all'esterno, senza particolari limiti. In passato ai direttori di struttura complessa o semplice non era consentito il rapporto di lavoro non esclusivo. Attualmente questo vincolo è stato rimosso, tranne che in alcune Regioni, ma è probabile che la limitazione venga reintrodotta.



**Popolazione:** 2,3 mln. ab.

**Natalità:** 0,85%

**Mortalità:** 1,39%

**PIL:** € 10 miliardi

**PIL pro capite:** € 4.200

**Attesa di vita alla nascita m/f (anni):** 66.0/76.0

**Attesa di vita sana alla nascita m/f (anni, 2002):** 58.0/67.5

**Mortalità infantile m/f (per 1000):** 11/11

**Mortalità adulti m/f (per 1000):** 300/115

**Spesa sanitaria totale pro capite (Intl \$, 2003):** 678

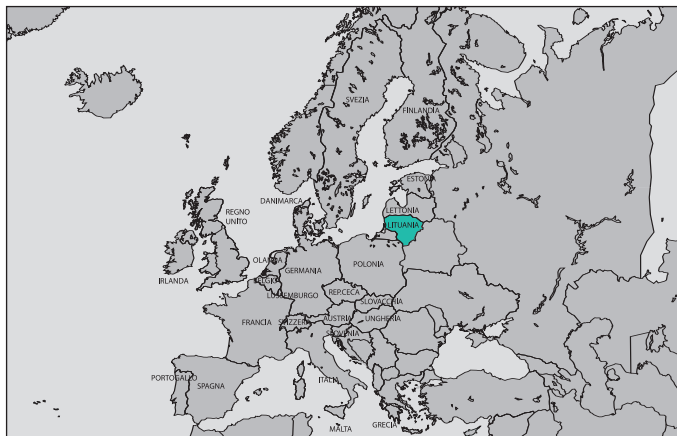
**Spesa sanitaria totale come % del PIL (2003):** 6.4

Sistema assistenziale	Percentuale di assistenza finanziata con fondi pubblici	0,73
	Finanziamento pubblico (contributi sociali e/o dalla fiscalità generale)	Dal 1998 un'Agenzia statale (Agenzia di assicurazione sanitaria obbligatoria dello Stato) finanzia il sistema sanitario. Il suo budget è finanziato dalle imposte: il 28% di queste imposte sono dedicate alla sanità. Il sistema è diviso in otto fondi regionali no profit per la malattie. Specifici finanziamenti statali possono integrare questa forma di finanziamento.
	Copertura della popolazione	La copertura è universale.
	Medico di riferimento	I pazienti possono scegliere liberamente il loro medico di famiglia.
Tipo di ospedale	Pubblico/privato	Coesistenza di ospedali pubblici e privati. Attualmente ci sono poche strutture private, ma sono in crescita.
	Categorie	Gli ospedali ricadono sotto tre categorie in base alla proprietà: statali, municipali (la grande maggioranza) e privati.
Ospedali per acuti	Numero di ospedali	129 ospedali di cui 90 per acuti.
	Numero di posti letto	12.800 letti per acuti (98% pubblici, 2% privati).
	Posti letto ogni 1000 abitanti	5,5
	Tasso di occupazione	Dati non disponibili
	Degenza media	Dati non disponibili
	Numero di ricoveri acuti per 1000 abitanti	180
	Liste d'attesa	Dati non disponibili



# I 25 Paesi dell'Unione Europea 2006

Amministrazione e gestione	Amministrazione e gestione degli ospedali	Dal 1993 la proprietà degli ospedali primari e secondari è stata trasferita alle amministrazioni comunali. Gli ospedali di cure di terzo livello e quelli molto specializzati sono rimasti di proprietà statale. Gli ospedali pubblici hanno generalmente uno statuto di organizzazione a carattere no profit o di S.p.A. Tuttavia i Direttori non sono indipendenti e devono fare ratificare le loro decisioni alle Casse malattia regionali.
	Autorità di supervisione	Il Governo è responsabile della politica sanitaria nazionale e definisce il Programma minimo di sanità (elenco delle cure primarie e secondarie finanziate dallo Stato). L'Agenzia d'assicurazione obbligatoria statale amministra e ridistribuisce le risorse allocate per la sanità. Le autorità locali (distretti e amministrazioni comunali) determinano la localizzazione delle istituzioni sanitarie e dei medici. Le amministrazioni comunali sono responsabili dell'accesso alle cure.
Finanziamento	Fonte di finanziamento	Le otto Casse regionali ricevono le loro risorse dall'Agenzia di assicurazione obbligatoria statale per acquistare servizi sanitari e finanziare gli istituti di cura sulla base di accordi contrattuali. L'Agenzia di assicurazione obbligatoria statale è direttamente responsabile del finanziamento delle cure di terzo livello e dei programmi speciali del Governo.
	Sistema di pagamento	Dal 1998, il pagamento dei servizi ospedalieri è fondato su un sistema di 64 gruppi diagnostici differenti, su un sistema di retta giornaliera e su un sistema a punteggio.
	Investimenti	L'investimento è finanziato dal ministero della Salute, attraverso i programmi di investimento statale e sotto il controllo dei ministeri dell'Economia e delle Finanze. È deciso a livello nazionale. Non esiste alcun meccanismo speciale per assicurare una ripartizione geograficamente equilibrata degli investimenti.
	Costo del ricovero	250 € pro capite; 56% della spesa sanitaria.
Personale	Personale di cura e assistenza sociale	Dati non disponibili
	Medici ospedalieri	3.100 medici ospedalieri pari al 43% di tutti i medici.
	Contratti e retribuzione dei medici ospedalieri	I medici ospedalieri hanno uno stipendio fisso integrato da un sistema a punteggio per determinati trattamenti medici.
Formazione post-lauream	Durata della formazione	Dati non disponibili
	Accesso agli studi	Dati non disponibili
	Autorità competente	Dati non disponibili
Libera professione		Dati non disponibili



**Popolazione:** 3,4 mln. ab.

**Natalità:** 0,87%

**Mortalità:** 1,18%

**PIL:** € 16 miliardi

**PIL pro capite:** € 4.700

**Attesa di vita alla nascita m/f (anni):** 66.0/78.0

**Attesa di vita sana alla nascita m/f (anni, 2002):** 58.9/67.7

**Mortalità infantile m/f (per 1000):** 10/9

**Mortalità adulti m/f (per 1000):** 304/102

**Spesa sanitaria totale pro capite (Intl \$, 2003):** 754

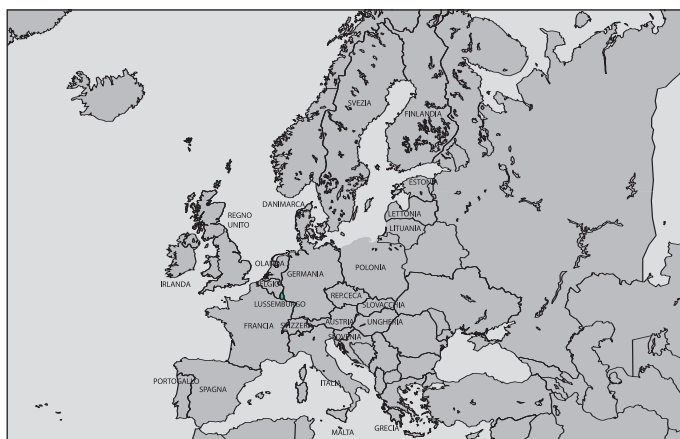
**Spesa sanitaria totale come % del PIL (2003):** 6.6

Sistema assistenziale	Percentuale di assistenza finanziata con fondi pubblici	0,72
	Finanziamento pubblico (contributi sociali e/o dalla fiscalità generale)	La maggior parte del finanziamento pubblico è assicurato da un'assicurazione sanitaria obbligatoria con fondi malattia territoriali, anche se c'è ancora un significativo contributo fiscale.
	Copertura della popolazione	La copertura è universale ed è basata sulla residenza.
	Medico di riferimento	Il medico generico è il medico di riferimento.
Tipo di ospedale	Pubblico/privato	Nessuna politica ufficiale di privatizzazione. Il settore privato rimane molto marginale.
	Categorie	Gli ospedali sono classificati in base alla specializzazione: ospedali specialistici (malattie infettive, tubercolosi, oncologia, psichiatria, tossicologia), ospedali generali, lungodegenze, riabilitazione e sanatori.
Ospedali per acuti	Numero di ospedali	188 ospedali di cui 39 specialistici e 85 generali.
	Numero di posti letto	21.000 letti per acuti (di cui il 99,8% pubblici, 0,2% privati).
	Posti letto ogni 1000 abitanti	6
	Tasso di occupazione	74%
	Degenza media	8,2 giorni
	Numero di ricoveri acuti per 1000 abitanti	220
	Liste d'attesa	Trascurabili, eccetto che per determinati trattamenti come chirurgia cardiaca e trapianti di reni.

# I 25 Paesi dell'Unione Europea 2006

Amministrazione e gestione	Amministrazione e gestione degli ospedali	Il Governo gestisce due ospedali universitari, le amministrazioni comunali gestiscono ospedali di piccola-media dimensione. Esse posseggono attività ambulatoriali e lungodegenze.
	Autorità di supervisione	Il Governo è responsabile dell'organizzazione del Sistema sanitario del Paese. Le aree territoriali applicano le politiche nazionali a loro livello. Le amministrazioni comunali sono responsabili dei programmi locali di cura e delle decisioni per gli investimenti. Essi decidono il volume dei servizi forniti. Possono privatizzare strutture sanitarie con l'approvazione del Governo. Tuttavia, la legge di decentralizzazione del 1997 non ha completamente chiarito le rispettive responsabilità di Governo, aree territoriali e amministrazioni comunali.
Finanziamento	Fonte di finanziamento	Dal 1997 i dieci fondi malattia regionali firmano accordi con i produttori nelle loro rispettive aree territoriali. Finanziano i servizi offerti, i rimborsi dei farmaci e valutano la qualità delle cure fornite. Dal 1999 esiste un tetto alle prestazioni fornite con i contratti.
	Sistema di pagamento	I pagamenti sono basati sul costo delle patologie, raggruppate in 50 gruppi diagnostici. Il fondo territoriale di malattia finanzia le strutture sanitarie anticipatamente all'inizio dell'anno.
	Investimenti	Le amministrazioni comunali sono responsabili della manutenzione e dello sviluppo delle proprie infrastrutture. Esse decidono gli investimenti sul loro territorio, tuttavia viste le loro difficoltà finanziarie, il rinnovo delle attrezzature sanitarie è diventato uno degli obiettivi nazionali delle politiche di investimento dal 1998.
	Costo del ricovero	Dati non disponibili
Personale	Personale di cura e assistenza sociale	Il 6% della popolazione attiva lavora nel settore sanitario.
	Medici ospedalieri	6.300 medici ospedalieri pari al 46% di tutti i medici.
	Contratti e retribuzione dei medici ospedalieri	I medici ospedalieri sono dipendenti. Il livello salariale governativo è basato su quattro livelli di qualificazione. Le strutture sanitarie possono pagare delle integrazioni ai propri medici.
Formazione post-lauream	Durata della formazione	Dati non disponibili
	Accesso agli studi	Dati non disponibili
	Autorità competente	Dati non disponibili
Libera professione		Dati non disponibili

# Lussemburgo



**Popolazione:** 400.000 ab.

**Natalità:** 1,18%

**Mortalità:** 0,83%

**PIL:** € 23 miliardi

**PIL pro capite:** € 42.400

**Attesa di vita alla nascita m/f (anni):** 76.0/81.0

**Attesa di vita sana alla nascita m/f (anni, 2002):** 69.3/73.7

**Mortalità infantile m/f (per 1000):** 6/5

**Mortalità adulti m/f (per 1000):** 118/59

**Spesa sanitaria totale pro capite (Intl \$, 2003):** 3.680

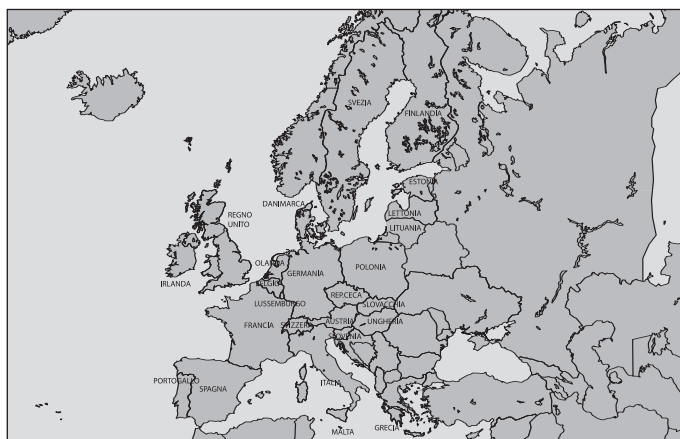
**Spesa sanitaria totale come % del PIL (2003):** 6.8

Sistema assistenziale	Percentuale di assistenza finanziata con fondi pubblici	0,85
	Finanziamento pubblico (contributi sociali e/o dalla fiscalità generale)	Finanziato principalmente da assicurazione medica obbligatoria.
	Copertura della popolazione	Il sistema di assicurazione sanitaria obbligatoria copre quasi tutta la popolazione. C'è un sistema limitato di copertura privata addizionale che riguarda solo una piccola minoranza di cittadini lussemburghesi.
	Medico di riferimento	No.
Tipo di ospedale	Pubblico/privato	Metà degli ospedali sono pubblici e l'altra metà privati.
	Categorie	Ci sono due categorie di ospedali pubblici per acuti: ospedali locali e ospedali generali.
Ospedali per acuti	Numero di ospedali	11 ospedali per acuti inclusa una struttura privata profit.
	Numero di posti letto	2.500 posti letto per acuti.
	Posti letto ogni 1000 abitanti	6
	Tasso di occupazione	77%
	Degenza media	7,7 giorni
	Numero di ricoveri acuti per 1000 abitanti	213
	Liste d'attesa	Trascurabili.

# I 25 Paesi dell'Unione Europea 2006

Amministrazione e gestione	Amministrazione e gestione degli ospedali	Gli ospedali no profit appartengono e sono amministrati dai governi locali o da organizzazioni no profit, in gran parte ordini religiosi.
	Autorità di supervisione	Il Paese è diviso in tre regioni ospedaliere: Nord, Sud e Centro.
Finanziamento	Fonte di finanziamento	I finanziamenti ospedalieri sono negoziati annualmente fra i singoli ospedali e l'Unione nazionale sanitaria. Gli ospedali ricevono anche pagamenti diretti dai pazienti, sotto forma di retta giornaliera, e pagamenti da parte di piani assicurativi integrativi.
	Sistema di pagamento	Il finanziamento avviene con un budget annuo globale diviso in spese fisse, spese variabili e premi.
	Investimenti	Il Governo si prende carico fino all'80% delle spese per le infrastrutture e decide gli investimenti ospedalieri.
	Costo del ricovero	1.300 € pro capite; 40% della spesa sanitaria.
Personale	Personale di cura e assistenza sociale	22.000 dipendenti socio sanitari pari all'8% dell'impiego nazionale; 4.820 dipendenti ospedalieri.
	Medici ospedalieri	660 medici ospedalieri.
	Contratti e retribuzione dei medici ospedalieri	I medici ospedalieri non sono stipendiati ma fatturano i propri servizi.
Formazione post-lauream	Durata della formazione	In Lussemburgo non esistono studi post-lauream in Medicina. Il centro Universitario del Lussemburgo offre soltanto gli studi del primo anno di Medicina. Dopo quell'anno, l'allievo deve continuare i suoi studi all'estero.
	Accesso agli studi	Dati non disponibili
	Autorità competente	Il Lussemburgo riconosce i titoli e la formazione in base alla propria legge. Dopo il riconoscimento, il medico riceve l'autorizzazione ad esercitare e può essere riconosciuto come specialista se la specialità è nella lista delle discipline riconosciute dal Lussemburgo.
Libera professione		Dati non disponibili





**Popolazione:** 394.000 ab.

**Natalità:** 0,98%

**Mortalità:** 0,77%

**PIL:** € 4 miliardi

**PIL pro capite:** € 10.800

**Attesa di vita alla nascita m/f (anni):** 76.0/81.0

**Attesa di vita sana alla nascita m/f (anni, 2002):** 69.3/72.9

**Mortalità infantile m/f (per 1000):** 7/5

**Mortalità adulti m/f (per 1000):** 82/48

**Spesa sanitaria totale pro capite (Intl \$, 2003):** 1,436

**Spesa sanitaria totale come % del PIL (2003):** 9.3

Sistema assistenziale	Percentuale di assistenza finanziata con fondi pubblici	0,69
	Finanziamento pubblico (contributi sociali e/o dalla fiscalità generale)	Il sistema sanitario è finanziato con le imposte.
	Copertura della popolazione	Copertura universale fondata sulla cittadinanza e l'accesso gratuito alle cure.
	Medico di riferimento	No.
Tipo di ospedale	Pubblico/privato	Coesistenza di ospedali pubblici e privati. Il settore privato offre un grande ventaglio di cure secondarie e di terzo livello, alcune attrezzature non esistono che nel settore privato.
	Categorie	Gli ospedali sono divisi in ospedali statali (di cui uno principale con le cure di terzo livello) e in ospedali privati.
Ospedali per acuti	Numero di ospedali	10 ospedali di cui 9 per acuti.
	Numero di posti letto	1.380 posti letto per acuti (91% pubblici e 9% privati).
	Posti letto ogni 1000 abitanti	3,5
	Tasso di occupazione	83%
	Degenza media	4,3 giorni
	Numero di ricoveri acuti per 1000 abitanti	110
	Liste d'attesa	Significative.

# I 25 Paesi dell'Unione Europea 2006

Amministrazione e gestione	Amministrazione e gestione degli ospedali	Il ministero della Sanità possiede e gestisce gli ospedali pubblici. Il suo dipartimento della Sanità pubblica è responsabile della gestione quotidiana degli ospedali.
	Autorità di supervisione	Il sistema sanitario è centralizzato ed esclusivamente organizzato a livello nazionale. Il ministero della Sanità è responsabile del finanziamento e dell'erogazione delle cure a tutta la popolazione. Determina le regole anche per il settore privato. La "Fondazione per i servizi medici" sostiene e promuove la ricerca e gli studi di medicina.
Finanziamento	Fonte di finanziamento	Il ministero per la Sanità determina il finanziamento degli ospedali.
	Sistema di pagamento	Gli ospedali ricevono un finanziamento globale fondato sull'attività precedente. Gli ospedali sono pagati sulla base di una combinazione di un sistema di pagamento a giornata e una tariffa a prestazione, per alcune cure è stata introdotta una tariffazione basata sulla patologia.
	Investimenti	Le decisioni sugli investimenti sono prese a livello nazionale dal ministero della Sanità.
	Costo del ricovero	Dati non disponibili
Personale	Personale di cura e assistenza sociale	Il settore della sanità impiega il 7% degli impiegati nazionali.
	Medici ospedalieri	Dati non disponibili
	Contratti e retribuzione dei medici ospedalieri	I medici ospedalieri sono dei funzionari stipendiati dallo Stato.
Formazione post-lauream	Durata della formazione	Dati non disponibili
	Accesso agli studi	Dati non disponibili
	Autorità competente	Dati non disponibili
Libera professione		Dati non disponibili



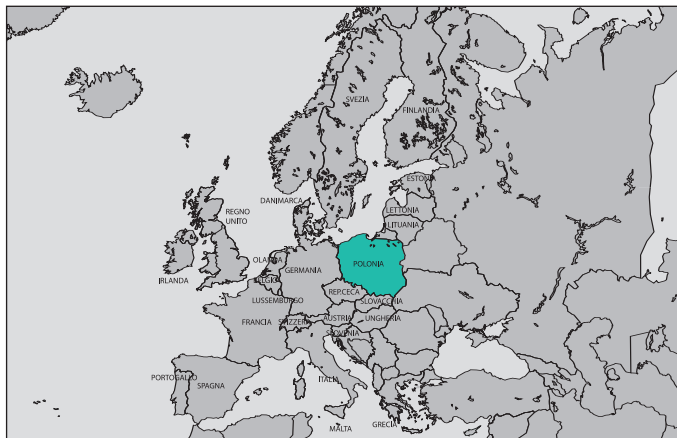
**Popolazione:** 16,2 mln. ab.  
**Natalità:** 1,26%  
**Mortalità:** 0,88%  
**PIL:** € 454 miliardi  
**PIL pro capite:** € 28.000  
**Attesa di vita alla nascita m/f (anni):** 77.0/81.0  
**Attesa di vita sana alla nascita m/f (anni, 2002):** 69.7/72.6  
**Mortalità infantile m/f (per 1000):** 6/5  
**Mortalità adulti m/f (per 1000):** 89/63  
**Spesa sanitaria totale pro capite (Intl \$, 2003):** 2,987  
**Spesa sanitaria totale come % del PIL (2003):** 9.8

Sistema assistenziale	Percentuale di assistenza finanziata con fondi pubblici	0,63
	Finanziamento pubblico (contributi sociali e/o dalla fiscalità generale)	Modello che associa essenzialmente assicurazione sociale e assicurazione privata.
	Copertura della popolazione	Tutta la popolazione è coperta dal piano assicurativo generale per trattamenti medici. Il 64% della popolazione è coperto da un'assicurazione sanitaria obbligatoria. Il 30% della popolazione ha un'assicurazione privata; il 6% (dipendenti pubblici) ha il proprio piano di assistenza sanitaria obbligatoria. C'è un sistema di assicurazione sanitaria addizionale.
	Medico di riferimento	I pazienti sono registrati presso un medico di riferimento che consiglia le cure secondarie quando necessario.
Tipo di ospedale	Pubblico/privato	Gli ospedali sono istituzioni private no profit (88% degli ospedali) o pubblici. Le cliniche private profit sono proibite da una legge del 1971.
	Categorie	Ci sono due categorie di ospedali per acuti: 8 ospedali universitari e 135 ospedali generali e specialistici.
Ospedali per acuti	Numero di ospedali	205 ospedali, inclusi 106 ospedali per acuti.
	Numero di posti letto	49.300 letti per acuti.
	Posti letto ogni 1000 abitanti	3,1
	Tasso di occupazione	58%
	Degenza media	7,4 giorni
	Numero di ricoveri acuti per 1000 abitanti	88
	Liste d'attesa	Significative, quasi 180.000 pazienti in lista d'attesa.



# I 25 Paesi dell'Unione Europea 2006

Amministrazione e gestione	Amministrazione e gestione degli ospedali	Gli ospedali privati appartengono a organizzazioni no profit o ordini religiosi. Gli ospedali pubblici sono di proprietà dei Comuni o delle Province. Tutti gli ospedali hanno uno status giuridico di tipo privatistico, godono di un elevato livello di autonomia e possono essere considerati come aziende private.
	Autorità di supervisione	La responsabilità delle cure ospedaliere è centralizzata. Il sistema ospedaliero è regolato dallo Stato.
Finanziamento	Fonte di finanziamento	Gli ospedali sono finanziati dal sistema di assicurazione sanitaria pubblica e da assicurazioni private. C'è un co-pagamento del paziente sotto forma di diaria giornaliera.
	Sistema di pagamento	Il finanziamento da parte del sistema assicurativo pubblico è basato su un sistema di tariffazione legato alla patologia che incorpora una combinazione di fattori diagnostici e di trattamento. Ci sono progetti per estendere questo sistema alle assicurazioni private.
	Investimenti	Gli ospedali finanziano i loro investimenti attraverso mutui bancari. L'ammortamento degli investimenti e le spese per interessi bancari sono inclusi nel budget.
	Costo del ricovero	1.300 € pro capite; 41% della spesa sanitaria.
Personale	Personale di cura e assistenza sociale	1.200.000 dipendenti socio sanitari pari al 15% degli impiegati nazionali, 271.000 dipendenti ospedalieri.
	Medici ospedalieri	11.700 medici ospedalieri.
	Contratti e retribuzione dei medici ospedalieri	La maggior parte dei medici che lavorano negli ospedali non sono dipendenti ma ricevono una paga oraria basata sulla patologia trattata. Alcuni medici ospedalieri, tuttavia, sono a rapporto di dipendenza di Università o Comuni.
Formazione post-lauream	Durata della formazione	Nei Paesi Bassi, un medico che ha conseguito la laurea può seguire una formazione in una specializzazione medica. Ci sono quattro tipi di formazione specialistica: medico generico, anni 3; formazione specialistica, anni 4-6; esperto di sanità pubblica, 2 anni 1/2-4. Comprende due branche specialistiche: medicina della comunità, medicina del lavoro, medico della casa di cura, anni 2.
	Accesso agli studi	Il requisito preliminare per seguire un programma di formazione per il medico generico, medico della casa di cura, medico specialista o medico di sanità pubblica è la laurea in medicina. Generalmente parlando, c'è un accesso aperto agli studi post-lauream, con l'osservazione che in alcuni casi c'è una procedura di selezione da parte delle istituzioni di formazione.
	Autorità competente	Per la Medicina generale la selezione di candidati generalmente è basata su un giudizio riguardo alla motivazione, dedizione, orientamento alla professione del medico generico e attinenza del curriculum vitae alla formazione. Dopo un giudizio positivo, si procede con un'intervista al candidato da parte della commissione per verificarne l'abilità e la motivazione. Per la formazione specialistica, un medico che progetta di entrare in un programma di specialità deve fare domanda per un posto ad un reparto di formazione specialistica. Per la specializzazione in Chirurgia generale, la domanda è posta all'autorità centrale. Se il medico è accettato dalla commissione selezionatrice è tenuto ad informare il "Consiglio per la registrazione degli specialisti" (Src) e a presentare un programma di formazione per l'approvazione.



**Popolazione:** 38,6 mln. ab.

**Natalità:** 0,91%

**Mortalità:** 0,93%

**PIL:** € 185 miliardi

**PIL pro capite:** € 4.800

**Attesa di vita alla nascita m/f (anni):** 71.0/79.0

**Attesa di vita sana alla nascita m/f (anni, 2002):** 63.1/68.5

**Mortalità infantile m/f (per 1000):** 8/7

**Mortalità adulti m/f (per 1000):** 198/79

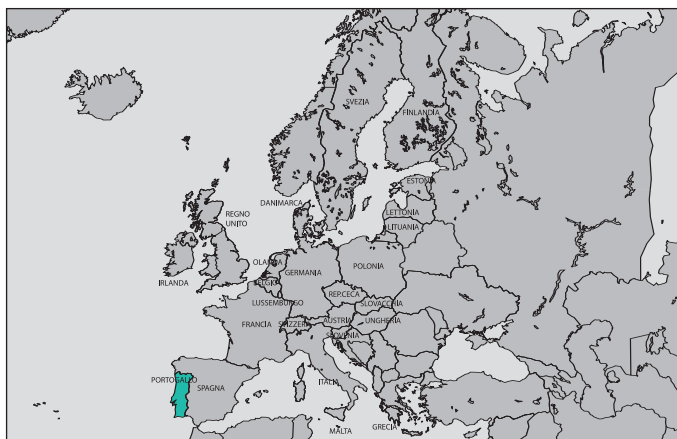
**Spesa sanitaria totale pro capite (Intl \$, 2003):** 745

**Spesa sanitaria totale come % del PIL (2003):** 6.5

Sistema assistenziale	Percentuale di assistenza finanziata con fondi pubblici	0,72
	Finanziamento pubblico (contributi sociali e/o dalla fiscalità generale)	Finanziamento pubblico attraverso assicurazioni (Fondo sanitario nazionale) con 16 branche regionali; è in corso la preparazione di una nuova legge.
	Copertura della popolazione	Copertura universale.
	Medico di riferimento	Il medico di famiglia è responsabile per la popolazione di una certa area, a livello di Provincia o Comune.
Tipo di ospedale	Pubblico/privato	La maggior parte degli ospedali appartengono al settore pubblico. Alcuni ospedali sono Ong no profit. Il numero degli ospedali privati è in crescita e questa tendenza riguarda sia istituzioni profit che no profit.
	Categorie	La riforma del 1997 ha definito diverse categorie di ospedale: ospedali per acuti, ospedali per cronici, lungodegenze e ospedali di comunità e hospice.
Ospedali per acuti	Numero di ospedali	829 ospedali.
	Numero di posti letto	180.000 letti per acuti, 99% pubblici e 1% privati.
	Posti letto ogni 1000 abitanti	Dati non disponibili
	Tasso di occupazione	Dati non disponibili
	Degenza media	Dati non disponibili
	Numero di ricoveri acuti per 1000 abitanti	Dati non disponibili
	Liste d'attesa	Significative.

# I 25 Paesi dell'Unione Europea 2006

Amministrazione e gestione	Amministrazione e gestione degli ospedali	Dal 1991 la legge permette una diversificazione nella proprietà degli istituti di cura fra Ministeri, Distretti, Province, Comuni e privati. Le scuole mediche e gli ospedali universitari sono semi indipendenti, essendo ultimamente soggetti al ministero della Sanità.
	Autorità di supervisione	Il Governo è il garante della sanità pubblica. Tuttavia la riforma di decentralizzazione nel 1991 ha introdotto un sistema pluralistico basato sull'iniziativa e sulla responsabilità dei partner. Gli istituti di cura sono autonomi relativamente alla programmazione, alla regolamentazione e alla direzione dei loro servizi.
Finanziamento	Fonte di finanziamento	Il Fondo sanitario nazionale finanzia l'assistenza sanitaria attraverso contratti con gli ospedali. Il budget dello Stato finanzia le cure di terzo livello.
	Sistema di pagamento	Il Fondo sanitario nazionale negozia direttamente i meccanismi di rimborso con medici e ospedali.
	Investimenti	Il mantenimento degli ospedali e il loro adeguamento sono finanziati dalle Province. Gli investimenti più impegnativi sono finanziati dallo Stato.
	Costo del ricovero	Dati non disponibili
Personale	Personale di cura e assistenza sociale	Quasi il 15% della popolazione attiva lavora nel settore socio-sanitario.
	Medici ospedalieri	Dati non disponibili
	Contratti e retribuzione dei medici ospedalieri	I medici ospedalieri sono stipendiati con un sistema di gratifiche.
Formazione post-lauream	Durata della formazione	Dati non disponibili
	Accesso agli studi	Dati non disponibili
	Autorità competente	Dati non disponibili
Libera professione		Dati non disponibili



**Popolazione:** 10,4 mln. ab.

**Natalità:** 1,1%

**Mortalità:** 1,03%

**PIL:** € 130 miliardi

**PIL pro capite:** € 12.500

**Attesa di vita alla nascita m/f (anni):** 74.0/81.0

**Attesa di vita sana alla nascita m/f (anni, 2002):** 66.7/71.7

**Mortalità infantile m/f (per 1000):** 6/5

**Mortalità adulti m/f (per 1000):** 144/61

**Spesa sanitaria totale pro capite (Intl \$, 2003):** 1,791

**Spesa sanitaria totale come % del PIL (2003):** 9.6

Sistema assistenziale	Percentuale di assistenza finanziata con fondi pubblici	0,71
	Finanziamento pubblico (contributi sociali e/o dalla fiscalità generale)	Finanziamento principalmente con la fiscalità generale, la situazione sociale non rappresenta che una parte minima del finanziamento totale.
	Copertura della popolazione	Dal 1989 è stata istituita la gratuità delle cure secondo le capacità finanziarie individuali. Le carenze del servizio pubblico hanno condotto alla crescita dei servizi di sanità privata e delle assicurazioni private.
	Medico di riferimento	Il medico generico ha il ruolo di medico di riferimento. Ogni paziente sceglie il proprio medico in funzione della propria residenza. Il medico di riferimento assiste circa 1.500 pazienti.
Tipo di ospedale	Pubblico/privato	Coesistenza di ospedali pubblici e privati. Gli ospedali privati si distinguono in profit e no profit (23%).
	Categorie	Esistono due categorie di ospedali per acuti: ospedali centrali e distrettuali. Gli ospedali militari sono parapubblici. Quelli privati si specializzano generalmente nei trattamenti con tecnologia avanzata.
Ospedali per acuti	Numero di ospedali	205 ospedali, compresi 180 per acuti; gli ospedali possono essere divisi in: 110 pubblici, 11 parapubblici, 40 privati profit, 44 privati no profit.
	Numero di posti letto	33.000 letti per acuti (77% pubblici, 23% privati).
	Posti letto ogni 1000 abitanti	3,3
	Tasso di occupazione	75%
	Degenza media	7,3 giorni
	Numero di ricoveri acuti per 1000 abitanti	119
	Liste d'attesa	Trascurabili.

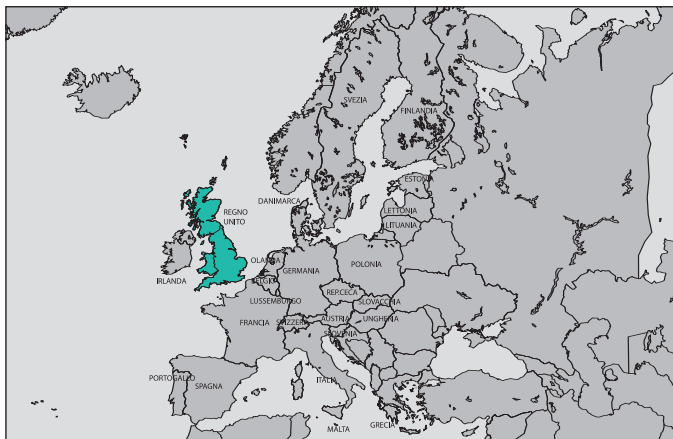


# I 25 Paesi dell'Unione Europea 2006

Amministrazione e gestione	Amministrazione e gestione degli ospedali	Gli ospedali pubblici sono di proprietà statale. Hanno un'autonomia amministrativa e finanziaria relativa, anche se sono soggetti alle direttive del ministero della Sanità. Dal 1990 la gestione degli ospedali pubblici può essere delegata per contratto al settore privato. In tal modo gli ospedali possono diventare società del settore pubblico. Nel 2002 sono stati trasformati in società pubbliche 34 ospedali (quasi il 40% degli ospedali pubblici).
	Autorità di supervisione	Gli ospedali sono sotto la responsabilità di 5 Regioni sanitarie autonome e un Servizio sanitario nazionale.
Finanziamento	Fonte di finanziamento	Il budget ospedaliero è definito e allocato da parte del ministero della Sanità. I fondi sono distribuiti dalle Regioni sanitarie autonome. Gli ospedali beneficiano anche dei pagamenti effettuati dai pazienti.
	Sistema di pagamento	Dal 1990 il 30% del budget complessivo degli ospedali è stato determinato in base ai costi di produzione basati sui Drg, e il 70% sull'attività degli anni precedenti.
	Investimenti	La gestione degli investimenti è altamente centralizzata. Il ministero della Sanità finanzia gli investimenti ospedalieri, talvolta con l'aiuto dell'Unione Europea attraverso Feder.
	Costo del ricovero	370 € per abitante, 33% delle spese della sanità.
Personale	Personale di cura e assistenza sociale	270.000 dipendenti socio-sanitari pari al 5% dei dipendenti nazionali, 106.000 dipendenti ospedalieri.
	Medici ospedalieri	24.400 medici ospedalieri, pari al 73% del totale dei medici.
	Contratti e retribuzione dei medici ospedalieri	I medici che lavorano negli ospedali pubblici sono impiegati e vengono retribuiti dal sistema sanitario nazionale. I medici che forniscono servizi privati all'ospedale sono remunerati a prestazione.
Formazione post-lauream	Durata della formazione	Gli studi durano fra 3 e 6 anni, dipende dalla specialità. Medicina generale, sanità pubblica, medicina dello sport: 3 anni; specialità cliniche: 4-6 anni.
	Accesso agli studi	L'accesso è per esame. L'esame è nazionale (internato complementare), il contenuto dipende dalla specialità e cambia frequentemente.
	Autorità competente	Prima c'erano due possibilità per fare gli studi post-lauream. Pubblico, organizzato dal ministero della Salute: carriera ospedaliera, Medicina generale e sanità pubblica. Privato (volontario) organizzato dall'Ordine dei Medici: pratica privata. In entrambi era necessario sostenere un esame finale per valutare la capacità professionale. Attualmente l'esame finale è fatto dal ministero della Salute con l'aiuto dell'Ordine dei Medici e c'è un'unica certificazione ( <i>titulasao unica</i> ).
Libera professione		Non è consentita la LP ai medici a rapporto esclusivo (30% dei medici ospedalieri). È consentita ai primari a rapporto parziale (35 ore/sett.), con i limiti del 40% del salario mensile, per visite e ricovero. Non è consentita la LP per i primi due anni dall'assunzione.



# Regno Unito



**Popolazione:** 59,3 mln. ab.

**Natalità:** 1,13%

**Mortalità:** 1,02%

**PIL:** € 1590 miliardi

**PIL pro capite:** € 26.800

**Attesa di vita alla nascita m/f (anni):** 76.0/81.0

**Attesa di vita sana alla nascita m/f (anni, 2002):** 69.1/72.1

**Mortalità infantile m/f (per 1000):** 6/5

**Mortalità adulti m/f (per 1000):** 102/63

**Spesa sanitaria totale pro capite (Intl \$, 2003):** 2,389

**Spesa sanitaria totale come % del PIL (2003):** 8.0

Sistema assistenziale	Percentuale di assistenza finanziata con fondi pubblici	0,83
	Finanziamento pubblico (contributi sociali e/o dalla fiscalità generale)	Finanziamento essenzialmente assicurato dalla fiscalità.
	Copertura della popolazione	Tutta la popolazione è coperta dal Servizio sanitario nazionale, il 12% ha sottoscritto un'assicurazione complementare privata.
	Medico di riferimento	Il medico generico è il passaggio obbligato per l'accesso alle cure secondarie.
Tipo di ospedale	Pubblico/privato	Coesistenza di ospedali pubblici, privati no profit e privati profit.
	Categorie	Gli ospedali pubblici sono organizzati sotto forma di Fondazioni ospedaliere. Esistono tre livelli di ospedali: ospedali di comunità; ospedali distrettuali; ospedali regionali o sovraregionali. Ci sono poi ospedali di eccellenza molto specializzati.
Ospedali per acuti	Numero di ospedali	481 fondazioni ospedaliere e 230 strutture private.
	Numero di posti letto	230.000 letti per acuti (96% pubblici, 4% privati).
	Posti letto ogni 1000 abitanti	2,4
	Tasso di occupazione	81%
	Degenza media	6,4 giorni
	N. di ricoveri acuti per 1000 abitanti	214
	Liste d'attesa	Notevoli: 1,1 milioni di pazienti in lista d'attesa.
Amministrazione e gestione	Amministrazione e gestione degli ospedali	Le Fondazioni ospedaliere sono di proprietà pubblica, hanno una gestione autonoma e possono comprendere più presidi. Quelli che ottengono valutazioni più basse possono vedersi affidati ad una gestione privata.
	Autorità di supervisione	L'autorità di gestione è decentrata nelle <i>Strategic Health Authorities</i> in Inghilterra, le <i>Area Health Boards</i> in Scozia, i <i>Local Health Boards</i> nel Galles e gli <i>Health and Social Services Boards</i> in Irlanda del Nord.

# I 25 Paesi dell'Unione Europea 2006

Finanziamento	Fonte di finanziamento	Le Fondazioni ospedaliere sono finanziate dalle fondazioni per la cure primarie per conto del Servizio sanitario nazionale e dalle assicurazioni private. Esiste un contributo da parte dei pazienti per la cure di lunga durata.
	Sistema di pagamento	Dal 1° Aprile 2003 il finanziamento degli ospedali pubblici è passato progressivamente ad una tariffazione per patologia.
	Investimenti	Dal 1992 nel quadro dell'iniziativa <i>Private Finance Initiative</i> , gli ospedali fanno appello al settore privato per i finanziamenti. Solo le richieste insoddisfatte sono accettate da parte del Servizio sanitario nazionale. Poiché sono figure giuridiche, le Fondazioni sono responsabili della gestione dei propri investimenti.
	Costo del ricovero	880 € pro capite; 44% della spesa sanitaria.
Personale	Personale di cura e assistenza sociale	3,1 milioni di dipendenti del sistema socio-sanitario, pari all'11% dei dipendenti nazionali; 1,4 milioni di dipendenti ospedalieri.
	Medici ospedalieri	67% di tutti i medici.
	Contratti e retribuzione dei medici ospedalieri	I medici e gli infermieri che lavorano in ospedale hanno rapporto di dipendenza. Gli specialisti possono fare libera professione in ospedale, per trattamenti non coperti dal Ssn, nei limiti del 10% dei loro guadagni.
Formazione post-lauream	Durata della formazione	La formazione si articola in due fasi successive all'anno di internato. Formazione specialistica di base ( <i>senior house officer</i> ): anni 2. Formazione specialistica ( <i>registrar e consultant</i> ): 4-6 anni. La formazione dura quindi 6-8 anni.
	Accesso agli studi	Formazione specialistica di base: avviene solitamente in due o tre anni dopo la laurea. In pratica il periodo può essere più lungo, per la scarsità di posti vacanti in determinate specialità di più alto livello. Durante questo periodo, i medici ottengono tre o quattro sedi di formazione, con gradi crescenti di medico interno ( <i>senior house officer</i> ). Questi posti sono pubblicizzati nel <i>British Medical Journal</i> , <i>The Lancet</i> e altre pubblicazioni. I posti sono assegnati dopo un'intervista. Questi posti, che sono stipendiati, servono ad ampliare la loro esperienza. Corsi di formazione sono organizzati dall'ospedale per completare l'esperienza professionale. Allo stesso tempo i medici dovrebbero essere messi in condizione di partecipare ad esami di ammissione di Royal College o Facoltà per potere accedere a livelli più alti di formazione specialistica. La formazione specialistica superiore è molto competitiva, e chi ha superato gli esami di Mrcp o Frcs non ottiene automaticamente o immediatamente l'accesso alla formazione specialistica di più alto livello. Medicina generale: l'accesso è con la formazione specialistica di base, e quando quella è terminata, è necessario fare un anno come allievo del medico generico.
	Autorità competente	La formazione specialistica di base e di livello superiore, in quasi tutte le specialità, è controllata dalle varie Università e Royal College. I medici che seguono la formazione specialistica di livello superiore sono controllati dai <i>Dean</i> (decani) post-lauream con il consiglio delle Università e dei Royal College.
Libera professione		La LP è libera e illimitata. Può essere svolta all'interno o all'esterno dell'ospedale. Il pagamento può essere effettuato direttamente al medico o alla struttura dove si svolge l'attività. Nel caso in cui l'attività sia svolta all'interno dell'ospedale, una quota mediamente del 33% viene trattenuta per l'utilizzo delle strutture e del personale.

**Spesa sanitaria totale come % del PIL (2003): 7,5**

# I 25 Paesi dell'Unione Europea 2006

Amministrazione e gestione	Amministrazione e gestione degli ospedali	Gli ospedali pubblici sono di proprietà del Governo (ospedali regionali e universitari), dei distretti o delle amministrazioni comunali.
	Autorità di supervisione	Il Ministro della Sanità è responsabile delle Leggi sanitarie, amministra direttamente ospedali regionali e universitari (che rappresentano i 19 ospedali più grandi). I Governi distrettuali e locali autorizzano l'apertura di ospedali privati e centri di cura. Ogni livello territoriale dovrebbe implementare le linee guida nazionali nella propria area di responsabilità.
Finanziamento	Fonte di finanziamento	I fondi assicurativi negoziano accordi con gli ospedali e stabiliscono le tariffe due volte l'anno. Lo Stato interviene solo in caso di conflitti non risolti.
	Sistema di pagamento	Dal 2004 il Governo ha progressivamente sostituito il finanziamento modellato sullo storico in favore di un sistema basato sul Drg. Nella prima metà del 2004 gli ospedali hanno dovuto adottare il sistema Drg per almeno il 50% delle loro prestazioni.
	Investimenti	Gli investimenti negli ospedali universitari e regionali sono finanziati dallo Stato. Gli investimenti negli ospedali distrettuali e municipali sono finanziati dalle autorità locali.
	Costo del ricovero	460 € pro capite; 38% della spesa sanitaria.
Personale	Personale di cura e assistenza sociale	Dati non disponibili
	Medici ospedalieri	9.300 medici lavorano in ospedale e rappresentano il 26% di tutti i medici.
	Contratti e retribuzione dei medici ospedalieri	I medici dipendenti pubblici hanno uno stipendio. I medici del settore privato sono retribuiti a parcella.
Formazione post-lauream	Durata della formazione	Dati non disponibili
	Accesso agli studi	Dati non disponibili
	Autorità competente	Dati non disponibili
Libera professione		Dati non disponibili





**Popolazione:** 5,4 mln. ab.

**Natalità:** 0,95%

**Mortalità:** 0,96%

**PIL:** € 29 miliardi

**PIL pro capite:** € 5.400

**Attesa di vita alla nascita m/f (anni):** 70.0/78.0

**Attesa di vita sana alla nascita m/f (anni, 2002):** 63.0/69.4

**Mortalità infantile m/f (per 1000):** 9/8

**Mortalità adulti m/f (per 1000):** 203/76

**Spesa sanitaria totale pro capite (Intl \$, 2003):** 777

**Spesa sanitaria totale come % del PIL (2003):** 5.9

Sistema assistenziale	Percentuale di assistenza finanziata con fondi pubblici	0,90
	Finanziamento pubblico (contributi sociali e/o dalla fiscalità generale)	Principalmente finanziata attraverso un sistema assicurativo obbligatorio; i pazienti possono scegliere fra 5 diversi fondi assicurativi, 2 pubblici e 3 privati.
	Copertura della popolazione	Copertura universale basata sulla residenza.
	Medico di riferimento	I pazienti scelgono il proprio medico in base alla propria residenza o sede lavorativa.

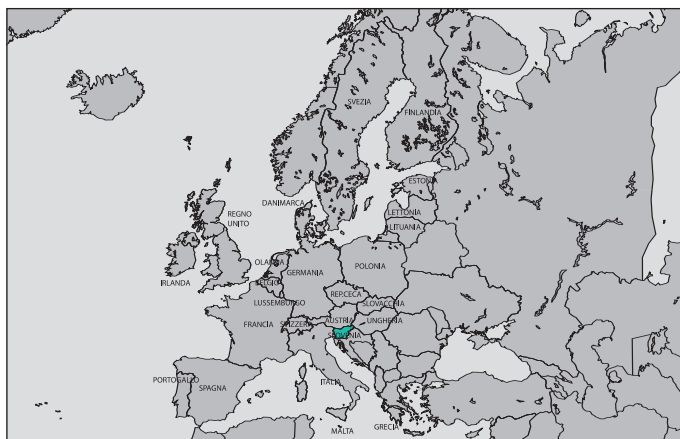
Tipo di ospedale	Pubblico/privato	Gli ospedali pubblici predominano con un piccolo numero di ospedali privati.
	Categorie	Gli ospedali si dividono in 4 categorie. Ospedali di tipo 1: medicina interna, pediatria, ginecologia, emergenza, che coprono fra le 30.000 e le 50.000 persone; ospedali di tipo 2: offrono cure terziarie per una popolazione di 150.000/200.000 persone; ospedali di tipo 3: offrono cure di terzo livello specialistico a livello nazionale; ospedali universitari: offrono i trattamenti più costosi.

Ospedali per acuti	Numero di ospedali	92 ospedali: 7 centri universitari, 6 centri specializzati, 75 ospedali generali e 6 ospedali psichiatrici.
	Numero di posti letto	36.100 posti letto per acuti (97% pubblici, 3% privati).
	Posti letto ogni 1000 abitanti	6,7
	Tasso di occupazione	66%
	Degenza media	8,8 giorni
	Numero di ricoveri acuti per 1000 abitanti	180
	Liste d'attesa	Significative.



# I 25 Paesi dell'Unione Europea 2006

Amministrazione e gestione	Amministrazione e gestione degli ospedali	Gli ospedali pubblici hanno autonomia giuridica. La maggior parte delle strutture sanitarie appartiene allo Stato. Il ministero della Sanità nomina e cambia i Direttori degli ospedali.
	Autorità di supervisione	La gestione è centralizzata. Il ministero della Sanità è responsabile del Sistema sanitario. Regola e gestisce le cure sanitarie e integra il fondo sanitario assicurativo.
Finanziamento	Fonte di finanziamento	I fondi di assicurazione sanitaria e gli ospedali negoziano gli accordi. I fondi assicurativi finanziano il settore pubblico e privato indifferentemente.
	Sistema di pagamento	Dal 2002 gli ospedali applicano un sistema basato sui Drg. Il ministero della Salute stabilisce un prezzo minimo e massimo per ogni patologia e i fondi assicurativi sono autorizzati a pagare all'interno di questa variabilità.
	Investimenti	Il ministero della Sanità decide gli investimenti.
	Costo del ricovero	35% della spesa sanitaria.
Personale	Personale di cura e assistenza sociale	Dati non disponibili
	Medici ospedalieri	10.000 medici ospedalieri pari al 58% di tutti i medici.
	Contratti e retribuzione dei medici ospedalieri	I medici ospedalieri sono a rapporto di dipendenza. I loro stipendi sono basati su un tabellare nazionale.
Formazione post-lauream	Durata della formazione	Dati non disponibili
	Accesso agli studi	Dati non disponibili
	Autorità competente	Dati non disponibili
Libera professione		Dati non disponibili



**Popolazione:** 2 mln. ab.

**Natalità:** 0,86%

**Mortalità:** 0,94%

**PIL:** € 24 miliardi

**PIL pro capite:** € 12.300

**Attesa di vita alla nascita m/f (anni):** 73.0/81.0

**Attesa di vita sana alla nascita m/f (anni, 2002):** 66.6/72.3

**Mortalità infantile m/f (per 1000):** 5/4

**Mortalità adulti m/f (per 1000):** 158/67

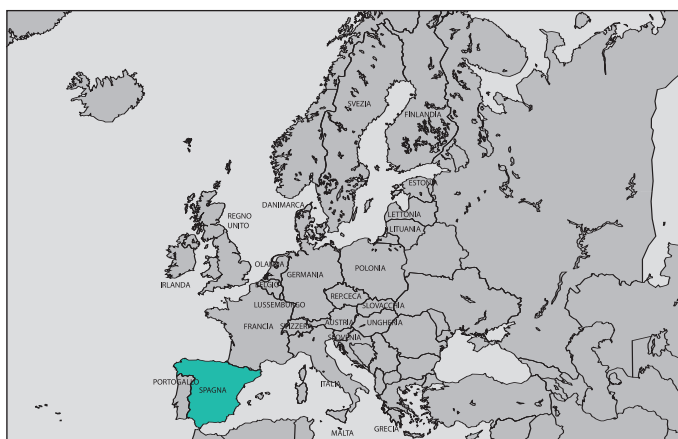
**Spesa sanitaria totale pro capite (Intl \$, 2003):** 1,669

**Spesa sanitaria totale come % del PIL (2003):** 8.8

Sistema assistenziale	Percentuale di assistenza finanziata con fondi pubblici	0,87
	Finanziamento pubblico (contributi sociali e/o dalla fiscalità generale)	Finanziamento effettuato da parte di un'assicurazione malattia obbligatoria.
	Copertura della popolazione	Copertura universale fondata sulla residenza.
	Medico di riferimento	Si
Tipo di ospedale	Pubblico/privato	Coesistenza di ospedali pubblici e privati. Tuttavia sono rari gli ospedali privati profit.
	Categorie	Esistono due categorie di ospedali: a livello nazionale gli ospedali universitari che offrono cure di secondo e terzo livello; a livello regionale ospedali generali che offrono cure di secondo livello.
Ospedali per acuti	Numero di ospedali	28 ospedali compresi 24 ospedali per acuti: 1 ospedale universitario, 12 istituti e 11 ospedali generali.
	Numero di posti letto	8.300 posti letto per acuti; 99,8% pubblici, 0,2% privati.
	Posti letto ogni 1000 abitanti	4,1
	Tasso di occupazione	69%
	Degenza media	6,6 giorni
	Numero di ricoveri acuti per 1000 abitanti	160
	Liste d'attesa	Significative: fino a 18 mesi per determinati trattamenti.

# I 25 Paesi dell'Unione Europea 2006

Amministrazione e gestione	Amministrazione e gestione degli ospedali	Tutti gli ospedali pubblici appartengono alla Stato.
	Autorità di supervisione	Il sistema sanitario è centralizzato. Le funzioni amministrative e direzionali negli ospedali sono organizzate dalla Stato. L'assicurazione sanitaria è diretta in modo centralizzato.
Finanziamento	Fonte di finanziamento	Il fondo di assicurazione sanitaria negozia accordi annuali con ogni ospedale, definendo gli obiettivi operativi ed un tetto di spesa. Gli ospedali devono raggiungere questi obiettivi o restituire le somme stanziare. Se supera i suoi obiettivi non è previsto alcun finanziamento addizionale.
	Sistema di pagamento	Nel 2000 fu introdotto un sistema di pagamento basato sulla patologia.
	Investimenti	Il finanziamento statale copre gli investimenti per le cure di II e III livello.
	Costo del ricovero	47% della spesa sanitaria.
Personale	Personale di cura e assistenza sociale	Dati non disponibili
	Medici ospedalieri	2.500 medici ospedalieri, pari al 50% di tutti i medici.
	Contratti e retribuzione dei medici ospedalieri	I medici ospedalieri sono dipendenti pubblici. I loro stipendi sono determinati da accordi collettivi.
Formazione post-lauream	Durata della formazione	Dati non disponibili
	Accesso agli studi	Dati non disponibili
	Autorità competente	Dati non disponibili
Libera professione		La LP può essere svolta solo all'esterno dell'ospedale, non ha particolari limiti, tranne che il conflitto di interessi. Esistono limiti contrattuali per i direttori di struttura. La LP non può essere svolta da chi non è specialista e non può superare le 8 ore settimanali. Il pagamento è effettuato direttamente al medico.



**Popolazione:** 41,6 mln. ab.

**Natalità:** 1%

**Mortalità:** 0,88%

**PIL:** € 745 miliardi

**PIL pro capite:** € 18.000

**Attesa di vita alla nascita m/f (anni):** 77.0/83.0

**Attesa di vita sana alla nascita m/f (anni, 2002):** 69.9/75.3

**Mortalità infantile m/f (per 1000):** 5/4

**Mortalità adulti m/f (per 1000):** 113/45

**Spesa sanitaria totale pro capite (Intl \$, 2003):** 1,853

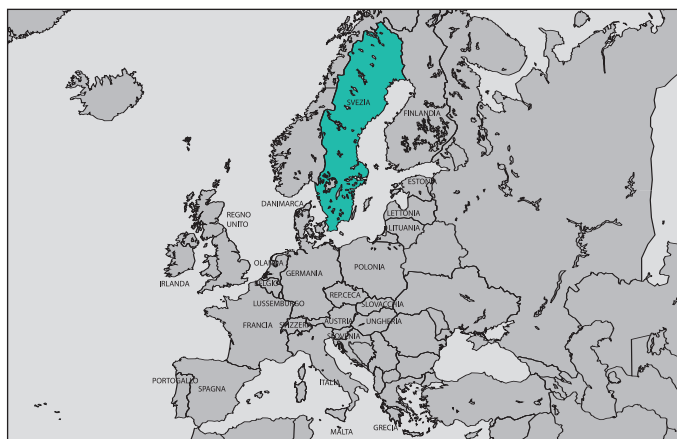
**Spesa sanitaria totale come % del PIL (2003):** 7.7

Sistema assistenziale	Percentuale di assistenza finanziata con fondi pubblici	0,71
	Finanziamento pubblico (contributi sociali e/o dalla fiscalità generale)	Soprattutto finanziato dalle tasse.
	Copertura della popolazione	Il 99,7% della popolazione è coperto dal Servizio sanitario nazionale, solo il restante 0,3% ha accesso a cure mediche private. Il 13,5% della popolazione ha contratto un'assicurazione volontaria sanitaria integrativa.
	Medico di riferimento	Sì
Tipo di ospedale	Pubblico/privato	Coesistenza di ospedali pubblici, privati no profit e privati profit.
	Categorie	Ci sono due categorie di ospedali pubblici per acuti: ospedali provinciali e ospedali generali.
Ospedali per acuti	Numero di ospedali	799 ospedali, 359 pubblici, 296 privati no profit, 144 privati profit.
	Numero di posti letto	122.000 posti letto per acuti; 67% pubblici e 33% privati.
	Posti letto ogni 1000 abitanti	2,5
	Tasso di occupazione	76%
	Degenza media	7,5 giorni
	N. di ricoveri acuti per 1000 abitanti	114
	Liste d'attesa	Significative
Amministrazione e gestione	Amministrazione e gestione degli ospedali	Gli ospedali pubblici sono generalmente diretti dai dipartimenti di salute delle Comunità autonome. Alcuni ospedali pubblici hanno una direzione indipendente (Fondazioni) ed esistono altri modelli direzionali nelle diverse Comunità autonome.
	Autorità di supervisione	La normativa sulle attività ospedaliere è responsabilità delle Comunità autonome.

# I 25 Paesi dell'Unione Europea 2006

Finanziamento	Fonte di finanziamento	Gli ospedali pubblici e i privati no profit sono finanziati dalle Comunità autonome, gli ospedali privati profit sono finanziati in parte o interamente dalle Comunità autonome quando esiste una convenzione, altrimenti essi devono finanziare in proprio le loro attività.
	Sistema di pagamento	Ogni Comunità autonoma è libera di decidere come dovrebbe essere gestito il finanziamento ospedaliero. Gli ospedali pubblici sono generalmente finanziati attraverso un programma contrattato che definisce gli obiettivi ed è basato sulla stima delle Unità di cura ( <i>Unidad basica asistencial</i> ). Quando gli ospedali privati devono subsidiare le carenze del Sistema sanitario nazionale, il finanziamento degli ospedali privati è basato su contratti ordinari (diarie giornaliere, pagamento per servizio, più raramente per patologia). Quando un ospedale privato funziona come componente della rete del sistema ospedaliero nazionale, è finanziato con contratti speciali (finanziamento come per gli ospedali pubblici).
	Investimenti	Le Comunità autonome finanziano gli investimenti negli ospedali pubblici.
	Costo del ricovero	750 € pro capite, 28% della spesa sanitaria.
Personale	Personale di cura e assistenza sociale	849.000 dipendenti socio sanitari pari al 5% degli impiegati nazionali.
	Medici ospedalieri	54.750 medici ospedalieri pari al 47% di tutti i medici.
	Contratti e retribuzione dei medici ospedalieri	La maggior parte dei medici sono dipendenti pubblici. Le Fondazioni stipulano contratti di diritto privato.
Formazione post-lauream	Durata della formazione	Medicina generale: 3 anni. Medicina specialistica: 3-5 anni. Le altre possibilità post-lauream non hanno durata definita; dipende della carriera personale.
	Accesso agli studi	Medicina generale: l'accesso è diretto dopo la laurea, se il medico sceglie questa possibilità. Ogni medico laureato ha garantito un posto per la formazione in Medicina generale. Medicina specialistica: l'accesso avviene attraverso un esame nazionale (Mir), con un certo numero di posti definito ogni anno per legge, in base alle necessità delle specialità e dei posti disponibili negli ospedali. La scelta avviene in base alla graduatoria nazionale unica, per cui non è garantito che un medico possa entrare nella specialità preferita, se la sua posizione in graduatoria è tale che i posti della specialità a lui gradita sono stati già coperti da chi lo precede.
	Autorità competente	L'autorità competente è il ministero della Sanità e il ministero di Formazione e di Cultura, con la presenza delle autorità regionali. Il contenuto delle specialità è fissato dalla Commissione nazionale degli specialisti. Esiste una stretta collaborazione fra Università e ospedali pubblici per il periodo di formazione post-lauream.
Libera professione		Le norme per la LP sono variabili, dato che il Servizio sanitario spagnolo non è uniforme, ma dipende dalla legislazione delle 14 diverse Regioni. In linea di massima, per le Regioni più importanti, la LP può essere esercitata senza particolari autorizzazioni, ma è sottoposta a regole e vincoli. In particolare, non è consentita la LP a chi ha un rapporto lavorativo esclusivo. Non è consentita la LP all'interno dell'ospedale, ma solo in strutture esterne. Il pagamento è effettuato direttamente al medico.





**Popolazione:** 8,9 mln. ab.

**Natalità:** 1,03%

**Mortalità:** 1,05%

**PIL:** € 267 miliardi

**PIL pro capite:** € 30.000

**Attesa di vita alla nascita m/f (anni):** 78.0/83.0

**Attesa di vita sana alla nascita m/f (anni, 2002):** 71.9/74.8

**Mortalità infantile m/f (per 1000):** 4/3

**Mortalità adulti m/f (per 1000):** 82/51

**Spesa sanitaria totale pro capite (Intl \$, 2003):** 2,704

**Spesa sanitaria totale come % del PIL (2003):** 9.4

Sistema assistenziale	Percentuale di assistenza finanziata con fondi pubblici	0,85
	Finanziamento pubblico (contributi sociali e/o dalla fiscalità generale)	Principalmente finanziato dalle tasse locali e nazionali, parzialmente finanziato da Assicurazioni sanitarie.
	Copertura della popolazione	Il Sistema sanitario copre tutti i residenti, non c'è sistema assicurativo sanitario privato.
	Medico di riferimento	No

Tipo di ospedale	Pubblico/privato	Coesistenza di ospedali pubblici e pochi privati profit e no profit. Il numero degli ospedali privati sta crescendo rapidamente. Tuttavia nel 2001 il Parlamento ha votato una legge che proibisce qualsiasi trasferimento di ospedali pubblici al settore privato.
	Categorie	Ci sono tre categorie di ospedali pubblici per acuti: regionali, centrali di Contea e ospedali distrettuali.

Ospedali per acuti	Numero di ospedali	80 ospedali di cui 77 per acuti.
	Numero di posti letto	20.400 letti per acuti (81% pubblici, 19% privati).
	Posti letto ogni 1000 abitanti	2,3
	Tasso di occupazione	77%
	Degenza media	6,4 giorni
	Numero di ricoveri acuti per 1000 abitanti	151
	Liste d'attesa	Significative per alcuni trattamenti.

# I 25 Paesi dell'Unione Europea 2006

Amministrazione e gestione	Amministrazione e gestione degli ospedali	Gli ospedali centrali di Contea e distrettuali sono amministrati dalle Contee. Gli ospedali regionali sono diretti dalle Contee in cui sono collocati. La maggior parte degli ospedali pubblici appartiene alle Contee.
	Autorità di supervisione	Le Contee sono l'autorità amministrativa responsabile della normativa ospedaliera. Le 21 Contee del Paese sono raggruppate in 6 Regioni sanitarie, per facilitare la cooperazione fra le Contee nelle cure di terzo livello.
Finanziamento	Fonte di finanziamento	Gli ospedali sono finanziati dalle Contee o dai Distretti come risultato della decentralizzazione finanziaria introdotta negli anni Novanta. I pazienti pagano una diaria giornaliera.
	Sistema di pagamento	Dal 1992 gli ospedali sono finanziati attraverso previsioni di budget basate sui Drg. Alcuni servizi sono ancora finanziati da allocazioni di budget generali.
	Investimenti	Le Contee pianificano e finanziano le dotazioni ospedaliere.
	Costo del ricovero	1.200 € pro capite pari al 49% della spesa sanitaria.
Personale	Personale di cura e assistenza sociale	792.000 dipendenti socio sanitari che rappresentano il 19% dei dipendenti nazionali.
	Medici ospedalieri	Dati non disponibili
	Contratti e retribuzione dei medici ospedalieri	Il personale ospedaliero ha un rapporto di dipendenza dalla Contea. I medici degli ospedali privati sono pagati con un tariffario basato sul servizio fornito.
Formazione post-lauream	Durata della formazione	L'istruzione e la formazione medica è organizzata in tre fasi: scuola medica, formazione clinica di base, 21 mesi; formazione specialistica, minimo 5 anni (per formazione clinica si intende la medicina generale). Formazione clinica di base: dopo la laurea segue un programma di formazione obbligatoria ( <i>internship</i> ) di 21 mesi. Questa prima fase di formazione clinica comprende chirurgia (sei mesi), medicina interna (sei mesi), psichiatria (tre mesi) e medicina di famiglia (sei mesi).
	Accesso agli studi	L'accesso alla formazione clinica di base è diretto. È un periodo obbligatorio. È necessario fare domanda per un posto per iniziare la formazione specialistica. C'è forte concorrenza per il posto di formazione specialistica.
	Autorità competente	Il Consiglio nazionale di sanità e benessere è l'autorità competente per assegnare ai medici il titolo di specialista. L'associazione medica svedese, in collaborazione con la società svedese di medicina, applica un programma di revisione e valuta la qualità della formazione nei diversi reparti. La partecipazione è volontaria. Il Consiglio nazionale di sanità e benessere, nella stesura dei programmi di specializzazione, è aiutato dalle società di specialisti (all'interno dell'associazione medica svedese e della società svedese di medicina).
Libera professione		Dati non disponibili



**Popolazione:** 10 mln. ab.

**Natalità:** 0,95%

**Mortalità:** 1,32%

**PIL:** € 70 miliardi

**PIL pro capite:** € 12.700

**Attesa di vita alla nascita m/f (anni):** 69.0/77.0

**Attesa di vita sana alla nascita m/f (anni, 2002):** 61.5/68.2

**Mortalità infantile m/f (per 1000):** 9.7

**Mortalità adulti m/f (per 1000):** 249/108

**Spesa sanitaria totale pro capite (Intl \$, 2003):** 1,269

**Spesa sanitaria totale come % del PIL (2003):** 8.4

Sistema assistenziale	Percentuale di assistenza finanziata con fondi pubblici	0,70
	Finanziamento pubblico (contributi sociali e/o dalla fiscalità generale)	Principalmente finanziato dalle assicurazioni di malattia (per le spese di funzionamento e gestione ordinaria) e dalle tasse (per gli investimenti). Il finanziamento del fondo assicurativo sanitario è separato da quello dello Stato anche se il Governo è obbligato a finanziarne il deficit.
	Copertura della popolazione	L'assicurazione sanitaria è obbligatoria. La copertura è universale.
	Medico di riferimento	Medico di famiglia scelto dal paziente.
Tipo di ospedale	Pubblico/privato	Coesistenza di ospedali pubblici e privati. Gli ospedali pubblici predominano e ci sono pochi privati. La legge del 1990 definisce tre tipi di privatizzazione: corporativizzazione, privatizzazione funzionale e proprietà privata. Gli ospedali privati no profit amministrati dalla Chiesa sono maggioritari.
	Categorie	Ci sono tre livelli di ospedali: le cure di III livello sono assicurate da 5 ospedali universitari e 18 ospedali nazionali; le cure di II livello sono assicurate da 19 ospedali di Contea, che prendono in carico la popolazione del loro territorio; la medicina interna, la chirurgia, ostetricia e pediatria sono assicurati dagli ospedali municipali che prendono in carico la popolazione locale (118 ospedali).
Ospedali per acuti	Numero di ospedali	182 ospedali di cui 150 per acuti.
	Numero di posti letto	60.400 letti per acuti ( 97% pubblici e 3% privati).
	Posti letto ogni 1000 abitanti	5,9
	Tasso di occupazione	78%
	Degenza media	6,9 giorni
	Numero di ricoveri acuti per 1000 abitanti	230
	Liste d'attesa	Esistono liste d'attesa per alcuni tipi di cure.

# I 25 Paesi dell'Unione Europea 2006

Amministrazione e gestione	Amministrazione e gestione degli ospedali	La legge del 1990 ha trasferito la proprietà degli ospedali alle collettività locali (Contee e municipalità) salvo per gli ospedali universitari e i grandi ospedali specializzati che rimangono proprietà dello Stato.
	Autorità di supervisione	Lo Stato è il principale legislatore del sistema sanitario. Supervisiona l'amministrazione della Cassa nazionale di assicurazione malattie e finanzia le cure di III livello.
Finanziamento	Fonte di finanziamento	I prestatori di cure sono sotto contratto della Cassa di assicurazione. La gestione dei contratti e i pagamenti è decentrata a livello delle 19 Contee.
	Sistema di pagamento	Nel 1993 è stato introdotto il modello Drg per le cure ospedaliere e ne sono state provate diverse versioni. Dall'inizio del 2004, per controllare i costi ospedalieri, gli ospedali sono rimborsati per il 98% dei costi dell'anno precedente, per il restante 2% il rimborso è effettuato a decremento.
	Investimenti	Gli investimenti sono responsabilità della proprietà degli istituti, tuttavia lo Stato può fare delle dotazioni specifiche, legate al rinnovamento, alla sostituzione di attrezzature o alla realizzazione di investimenti particolari.
	Costo del ricovero	330 € per abitante, pari al 29% della spesa sanitaria.
Personale	Personale di cura e assistenza sociale	180.000 dipendenti sanitari.
	Medici ospedalieri	14.200 medici ospedalieri pari al 44% dei medici.
	Contratti e retribuzione dei medici ospedalieri	I medici ospedalieri pubblici hanno rapporto di dipendenza, il loro stipendio varia a seconda della qualifica ed esperienza, è inferiore al salario medio nazionale.
Formazione post-lauream	Durata della formazione	Dati non disponibili
	Accesso agli studi	Dati non disponibili
	Autorità competente	Dati non disponibili
Libera professione		La LP è consentita ai medici ospedalieri, tranne che ai medici in formazione, senza limiti ed esclusivamente in strutture esterne all'ospedale. Il pagamento è effettuato direttamente al medico.

