

Autor(es): **Aurelia Valiño Castro**

Título:

Resumen: **Seguro médico público en la OCDE y UE: características y tendencias.**

---

En los últimos años se está poniendo en cuestión el Estado de Bienestar. Y en este debate general que afecta fundamentalmente a las pensiones, se aborda también los temas de la salud pública, tanto respecto del gasto como desde el punto de vista de la financiación. Para dar luz a este debate no está de más revisar cual es la situación del gasto público en salud en los países que constituyen el entorno económico y social del nuestro, que sirva de referente para situar en algún punto el nivel que hemos alcanzado, no sólo en cuanto a las cuantías o cifras sin más, sino también en cuanto a las características que sirvan a su vez para matizar y ponderar aquellas.

Así pues, el presente artículo tiene como fin cumplir el objetivo antes expuesto; es decir: dar una imagen de las características de los seguros médicos públicos en la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y en particular en la Unión Europea (UE). Para ello se ha efectuado una revisión panorámica de las características de los sistemas públicos de salud, utilizando como fuente de datos para la OCDE la publicación "Social Security Programs Throughout the World" que recoge datos para 1995 y está elaborada por la "Office of Research and Statistics Social Security Administration" de Estados Unidos. Para la UE se ha utilizado como fuente la publicación de la Comisión " La protection sociale dans les États membres de l'Union Européene". Y para las cifras, se han utilizado las que proporciona la OCDE.

#### **CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD EN LA OCDE**

La cobertura que se realiza con estos programas pretende compensar las pérdidas de rentas que se producen en periodos cortos de enfermedad o de accidentes no laborales así como durante la baja por maternidad, en definitiva tienen que ver con el tema de la incapacidad temporal. No obstante en algunos casos los gastos de maternidad se incluyen en los programas de subvención familiar. Estos programas son de dos tipos: monetarios y en especie. Los primeros consisten en una paga durante periodos cortos de enfermedad y ausencia en el trabajo; los segundos consisten en cuidados sanitarios proporcionados bajo la forma de beneficios médicos, hospitalarios y farmacéuticos.

Las características generales que se estudian en esta primera parte se refieren al tipo de programa, a la cobertura del mismo o población a la que se presta la asistencia, a la financiación, las condiciones para acceder al sistema y los beneficios recibidos en el mismo. En las páginas que siguen se efectuarán unos comentarios generales, considerando los cuadros suficientemente claros para permitir el análisis particular de cada país sin mayor desarrollo a través de comentarios adicionales.

A continuación nos centraremos en el campo más reducido de la Unión Europea. En este caso, la disponibilidad de una información más amplia proporcionada por la Comisión Europea - a través de la publicación: "La protección social en los Estados Miembros de la Unión Europea"- nos permite profundizar más en el conocimiento de características más concretas como son la organización, tanto médica como hospitalaria, la forma en que se efectúan las prestaciones, cómo se financian y el tipo de cuidados especiales que pueden incluirse en las mismas.

#### **Tipo de programa:**

Tal y como se deduce de lo que acabamos de comentar, la cobertura de rentas está condicionada a la pérdida temporal de la capacidad de trabajo, y ligada por lo tanto a la existencia de un empleo. Si además los cuidados de salud se proporcionan directamente por el gobierno o sus agencias con los fondos públicos (fundamentalmente con las cuotas sobre las nóminas), dan lugar a lo que denominados sistema de seguro social. Ejemplos de este sistema en la OCDE, aunque con importantes diferencias - como comentaré más adelante -: Alemania, Austria, Bélgica, Finlandia, Francia, Grecia, Holanda, Luxemburgo, Méjico, Noruega, Portugal, Turquía, Estados Unidos y España Pero a veces los servicios médicos se prestan bajo un programa público independiente del de la seguridad social. Esto es lo que en los cuadros se recoge como sistema doble. Estos sistemas dobles se caracterizan por aplicar el sistema de seguro social a los beneficios monetarios y el sistema universal a los cuidados médicos o en especie. Ejemplos de este último sistema en la OCDE son: Australia, Canadá, Dinamarca, Irlanda, Italia, Nueva Zelanda, Suecia, y el Reino Unido.

En algunos países, por ejemplo en Alemania, Dinamarca o Austria, ha surgido recientemente una nueva categoría de beneficios destinada a asistir, preferiblemente en casa, los casos de enfermedades crónicas. Las prestaciones están de acuerdo con el nivel de cuidados requerido y se financian con un impuesto especial. Estos beneficios tienen carácter monetario, en especie o son una combinación de ambos.

**La proporción de la población cubierta** por los programas de enfermedad varía entre países, debido en parte al grado de desarrollo económico. La cobertura para cuidados médicos y beneficios de caja o monetarios es generalmente idéntica en países donde ambos tipos de beneficios se proporcionan por el mismo sector de la Seguridad Social. En estos casos la población cubierta se concentra en los trabajadores y empleados, a los que se añaden grupos en regímenes especiales que suelen incluir a estudiantes (por ejemplo: Alemania, Finlandia o España), funcionarios (Alemania, Austria, Francia, España, Grecia, Japón, Turquía), sector agrícola (Alemania, Austria, Grecia, Turquía), autónomos (Austria, Bélgica, España, Francia); y otros menos generales, como los que cubren el sector de ferrocarriles o del mar. En algunos países de este grupo, aparece una tendencia clara a la universalización del sistema. Así por ejemplo, en Finlandia, Holanda, Noruega y Portugal, los servicios médicos se prestan a todos los residentes y en España se introducen las prestaciones no contributivas, para los individuos con pocos recursos, con este objetivo. Esta es una característica típica del sistema doble, con la diferencia de que aquí la organización es independiente de la que se refiere a los pagos monetarios. En Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Luxemburgo y Portugal, también en Estados Unidos, al sistema obligatorio se añade uno voluntario para aquellos que no se

encuentran entre la población cubierta y que normalmente se corresponden con los que obtienen retribuciones elevadas.

Cuando existe un sistema de seguros sociales con organización diferente del programa de servicio social de salud, es decir: el sistema doble, la mayoría de los trabajadores que tienen ingresos por debajo de una cantidad, participan sobre una base obligatoria, a menudo se incluyen también los autónomos. Es en el campo de los beneficios médicos donde el sistema es universal cubriendo a todos los residentes, aunque en algunos casos se aplican restricciones sobre los servicios a extranjeros.

Un amplio número de países incluyen a los pensionistas (Alemania, Austria, España, Francia, Holanda entre otros), así como a otros beneficiarios sociales bajo los cuidados médicos, a veces sin coste para el pensionista. No obstante los pensionistas pueden pagar un porcentaje de su pensión o una prima fija por toda o parte de la cobertura médica, como se pondrá de manifiesto más adelante.

Islandia, Canadá y Japón tienen sistemas que, por sus características y población cubierta, podemos calificar de universales. Cubren tanto en el campo monetario como en especie prácticamente a toda la población.

**Fuente de los fondos:**

Muchos países han unido la financiación de los sistemas de salud con otros beneficios de la Seguridad Social, tales como las pensiones, efectuando una única recaudación de trabajadores y empresarios, como ocurre en nuestro país, en Irlanda, en Noruega, Portugal o en el Reino Unido. Pero con más frecuencia, sin embargo, se financian por un programa separado que administra los cuidados por enfermedad en especie y monetarios y los de maternidad, a través de un porcentaje fijo de los salarios que, hasta un techo, se aporta por el empresario y por el empleado directamente. Por lo general, se añade una contribución del gobierno, salvo en el caso de Turquía. En estos países en los que se separa la financiación de los servicios públicos de salud de otros de la Seguridad Social, el porcentaje de recaudación sobre salarios de trabajadores y empresario suele ser variable. En algunos, incluso se separa la financiación de los servicios monetarios de los que son en especie, como ocurre en Bélgica, Grecia, Holanda y Luxemburgo. En Alemania, Austria y Luxemburgo la contribución a la financiación del empresario y del trabajador es igual, en el resto suele ser mayor la del empresario, salvo en Holanda. Cuando los cuidados médicos están disponibles para todos los residentes, generalmente a través de algún tipo de servicio nacional de salud en el sistema doble, el gobierno normalmente soporta todo, o al menos la mayor parte del coste, financiando con los ingresos generales. En algunos casos la financiación de los servicios monetarios que realiza el gobierno también es muy importante, como en Australia, Dinamarca o en Nueva Zelanda, donde el gobierno cubre todos los costes con cargo a los ingresos generales.

En los países con sistema universal el gobierno corre con la mayor parte de los gastos, tal es el caso de Islandia y Canadá. En Japón y Suiza, que tienen sistemas, como ya hemos indicado, peculiares, aunque cubren prácticamente a toda la población, el sector público aporta una cantidad pequeña.

**Beneficios**

**Condiciones para acceder al sistema.**

Generalmente la persona debe estar empleada cuando se pone enferma, estar incapacitada para el trabajo y no recibir salarios o pagos por enfermedad del empresario a fin de acceder a los pagos monetarios por enfermedad. La mayoría de los programas exigen un periodo mínimo de contribución o tener un periodo de trabajo previo. Esto ocurre así siempre en los países que siguen un sistema de seguro social, salvo en Holanda. En estos países el periodo de seguro que suele exigirse para acceder al sistema oscila entre los 6 meses de Austria, Bélgica, España, o Portugal - que se aplica tanto para los beneficios de enfermedad como los de maternidad (salvo Austria que exige 10 para los de maternidad) - hasta 14 días de empleo que exige Noruega, aunque también requiera 6 meses para los de maternidad; exigen tres meses: Alemania, para maternidad , Finlandia - salvo para maternidad que tan sólo exige residencia - y Francia.

Así pues, resumiendo, el periodo de duración del seguro exigido suele ir de 1 mes a 6 meses. Normalmente debe ser reciente, tal como durante los últimos 6 o 12 meses.

En el caso de los beneficios médicos en especie, no se suele exigir un periodo previo de seguro. Cuando existe suele ser menor que en el caso de los beneficios monetarios. Pocos programas requieren un periodo mayor de cobertura de empleo para que los servicios médicos se presten a los dependientes.

En los países que siguen el sistema doble no suelen establecerse requisitos especiales para poder acceder al sistema de salud, salvo el de residencia, especialmente para el caso de servicios médicos. En el caso de las prestaciones monetarias, los requisitos establecidos son muy bajos. En Australia y Nueva Zelanda se exige pasar una prueba de medios, o estar por debajo de unas rentas determinadas. Además, en Nueva Zelanda, el periodo de residencia se alarga a 12 meses para poder acceder a las prestaciones monetarias. En Irlanda y el Reino Unido se exige haber contribuido durante un periodo determinado (39 y 26 semanas respectivamente). En Dinamarca, Italia y Suecia no se exige ningún periodo mínimo.

En Islandia, que sigue el sistema más genuinamente universal, no existe ningún requisito. En Canadá y Japón también son mínimos, y en Suiza se puede exigir pertenecer a los fondos de seguro tres meses.

**Beneficios**

**Beneficios**

**a -Beneficios monetarios:**

Los beneficios monetarios son normalmente del 50 al 70% de los ingresos corrientes. Entre los porcentajes bajos se encuentran Alemania, Austria, Francia, Grecia, Turquía y entre los más altos , Islandia, Luxemburgo y Noruega con el 100%.

La mayoría de los programas fijan una cantidad de beneficio máximo, de forma directa o implícita, a través de un techo general sobre los ingresos a efectos contributivos o de beneficios.

En la mayoría de los casos, se impone un periodo de espera de 2 a 7 días. Esto significa que se puede no pagar los beneficios si una enfermedad o dolencia dura pocos días y estos días pueden no compensarse en el caso de incapacidad prolongada para el trabajo. El periodo de espera reduce los costes administrativos y de beneficio, excluyendo muchas reclamaciones de corta duración con pérdidas de renta relativamente

pequeñas. Los periodos de espera son cubiertos por el empresario.

El periodo durante el cual un trabajador puede recibir beneficios por una enfermedad corriente está normalmente limitado a 26 semanas. En algunos casos, los beneficios pueden durar más, hasta 39 o 52 semanas. En la mayoría de los países, cuando se acaban los beneficios monetarios de enfermedad, entran en juego los beneficios de incapacidad.

Respecto a la clasificación que hemos realizado según los tipos de programas, hay que decir que no hay una característica común que los diferencie especialmente, salvo la de una mayor diversidad entre los sistemas dobles.

#### **b-Beneficios de maternidad:**

Se pagan por un periodo específico, antes y después del alumbramiento. Se le exige a quien los recibe que, mientras, deje de trabajar y use los servicios médicos proporcionados por el sistema. En algunos países se efectúan pagos monetarios cuando un padre, generalmente la madre, debe dejar el trabajo para cuidar de un hijo enfermo hasta una edad específica .

La proporción de ingresos pagables como beneficio monetario por maternidad difiere de un país a otro y generalmente alcanza el mismo porcentaje que los beneficios de enfermedad. Sin embargo, en un número elevado de países, llega hasta el 100% de los salarios (por debajo del 100% pagan Bélgica, Francia, Grecia, Turquía, y todos los países del sistema doble, al igual que los incluidos en el universal).

Otro elemento diferenciador es la duración del pago de beneficios. Normalmente empieza 6 semanas antes de la fecha esperada y termina de 6 a 8 semanas después, el periodo medio es de unas 16 semanas (más si es parto múltiple), situación en la que se encuentra España, Austria, Finlandia, Francia, Luxemburgo, Holanda y muy cerca Alemania y Bélgica. El país con mayor protección a la maternidad es Noruega que paga el 100% durante 42 semanas. En la mayoría de los países se puede alargar el periodo reduciendo el porcentaje de rentas cubiertas; por ejemplo en Suecia se puede cobrar hasta el 80% durante un año y en Islandia, por su sistema universal todas las madres cobran una cantidad durante 6 meses. Los países con menor nivel de renta como Méjico, Grecia y Turquía son los que menor protección realizan.

En algunos casos se paga una subvención por cuidados ( 20 o 25 % del beneficio regular de maternidad y pagable durante 6 meses o más) de forma adicional a los beneficios monetarios básicos de maternidad, por ejemplo en Finlandia, Suecia - donde hay días adicionales por enfermedad de los hijos. Finalmente, se paga en muchos países una subvención de una cantidad fija. No sólo la mujer asegurada, sino también las esposas de los asegurados se incluyen en estas subvenciones. Beneficios similares pueden proporcionarse en las subvenciones familiares.

#### **Beneficios médicos para los trabajadores:**

Normalmente incluyen cuidados generales, de hospitalización y medicinas. A menudo se añaden servicios de especialistas, cirugía, cuidados de maternidad, dentales, y un amplio conjunto de medicinas y ciertos aparatos, así como transporte de pacientes y cuidados de enfermería en el hogar.

Se aplican tres métodos para cubrir el coste de los servicios de salud: pago directo a los proveedores por el sector público o sus agentes, reembolso del pago efectuado por los pacientes y provisión directa de los servicios médicos. A su vez estos pueden prestarse con diversas combinaciones.

Bajo el sistema de pago directo, el sistema público normalmente paga directamente a los proveedores y los clientes no tienen relaciones con ellos en cuanto al pago. Los pagos se realizan por medio de contratos con los proveedores o grupos que los representan . La remuneración puede tomar la forma de una tasa específica por cada servicio, un pago por cabeza para pagar los servicios proporcionados a un grupo de personas, o un salario. Ejemplos de este sistema son Alemania, Australia, Canadá, Holanda, Italia, Japón, Luxemburgo, Noruega, Suiza, el Reino Unido y Estados Unidos. Como se comprueba es una fórmula bastante extendida, e independiente del tipo de sistema.

El método del reembolso significa el pago por parte del paciente, normalmente se establece un tope máximo para el reembolso, expresado como un porcentaje de la factura o una cantidad que puede variar según la naturaleza del servicio y en función de unas tasas prefijadas. El techo para las facturas puede establecerse sobre el proveedor, cuando presenta la factura, o sobre el paciente, cuando se le efectúa el reembolso. Ejemplos de la aplicación de este sistema son: Finlandia, que reembolsa el 60%, Francia el 70%, y Noruega el 100%. En este último país el método de reembolso aparece como método opcional al de pago directo al proveedor.

Bajo el método de provisión directa, el sistema de seguridad social o el gobierno, posee y opera con sus propias empresas médicas. Los países que utilizan este método también contratan con proveedores privados. El paciente no paga por la mayoría de estos servicios. Ejemplos de la aplicación de este sistema son Dinamarca, España, Grecia, Irlanda, Méjico, Portugal y Turquía, a los que se añaden Islandia, Italia y Nueva Zelanda para la asistencia hospitalaria.

Los países que obligan a que los pacientes soporten un coste intentan evitar la sobreutilización de los servicios médicos. El paciente bien paga una parte o bien no recibe el total reembolso. En algunos sistemas en los que se establece el servicio gratuito para el cliente, a veces se suele cobrar una cantidad por día de hospitalización, por tratamiento médico o por prescripción. El sistema de copago en las medicinas está prácticamente generalizado; pero algunos países entregan medicinas gratis a ciertos grupos, como por ejemplo en Canadá a los mayores de 65 años, en España a los pensionistas, en Irlanda para los que poseen una tarjeta médica que se entrega a los que reúnen ciertas características, algo similar ocurre en Nueva Zelanda, en Italia a los individuos de baja renta e incapacitados, en Luxemburgo a los que padecen enfermedades graves y en Estados Unidos a los que tienen bajas rentas y otros grupos sociales que varían según el Estado.

Algunos sistemas establecen un tiempo límite para recibir los cuidados médicos (26 semanas), otros establecen límites sobre la duración de la hospitalización pagada, aunque la duración de otros servicios sea ilimitada. Donde se establecen limitaciones también se indica que puede haber excepciones en determinados casos.

El cuidado a la maternidad se establece junto con el de los servicios médicos.

## Cuidado médico para los dependientes

Es en general es similar al del trabajador. Normalmente se extiende a la esposa e hijos y otras veces a adultos o personas relativamente jóvenes que convivan y sean dependientes del asegurado.

En algunos países, muy pocos, sin embargo, los servicios médicos proporcionados a los dependientes son menores que los que recibe el trabajador; por ejemplo la duración de la hospitalización puede ser menor, o las medicinas tiene que ser pagadas por el paciente dependiente.

### ORGANIZACIÓN Y PRESTACIONES DEL SEGURO MÉDICO PÚBLICO EN LA UNIÓN EUROPEA

Gráfico que muestra la proporción de los gastos de salud financiados por el seguro médico en la Unión Europea, 1990-2000. Fuente: OCDE, 2002.

En los cuadros anteriores se ponían de manifiesto las características de los sistemas de salud públicos en la OCDE desde un punto de vista general. La información que proporciona al Unión Europea permite profundizar algo más en la comparación entre los sistemas al ofrecer datos de las características de organización y prestaciones.

Los servicios médicos se prestan a través de distintas categorías contractuales, en cuanto al personal médico que los presta, que se pueden agrupar en: funcionarios, contratados, y habilitados. Esta ordenación va de mayor a menor rigidez en la posibilidad de ejercer la medicina pública por los médicos de un país. El tipo de contratación laboral, ateniéndonos al campo de la Unión Europea es independiente del sistema de seguro médico del país en cuestión. En el grupo en el que se exige ser funcionario se encuentran España, Italia y Portugal. Por lo tanto es el sistema menos utilizado. En este caso se suele acompañar de un sistema de conciertos con médicos privados. En los países de la Unión Europea se prefiere utilizar la contratación de los médicos (Alemania, Grecia, Irlanda, Holanda, Austria y el Reino Unido), o bien simplemente admitir en la medicina pública a aquellos que se encuentren habilitados por algún sistema para el ejercicio médico o hayan recibido la autorización para ejercer (Dinamarca, Francia, Luxemburgo, Finlandia, Suecia y Bélgica). En los sistemas de base funcionarial se utilizan como pago fórmulas similares a las utilizadas para el resto de los funcionarios; es decir: un porcentaje según categorías. A los médicos concertados de este sistema se les retribuye utilizando indicadores de actividad; así en Portugal se les retribuye con un montante porcentual por acto, en Italia per cápita y en España incluso para los funcionario,s se aplica una retribución que en un porcentaje se calcula en función del número de asegurados inscritos. En el sistema de habilitación, los convenios son generales y en el de contratos se dan combinaciones de convenios con porcentajes en función del número de enfermos, casos o actos médicos.

Gráfico que muestra la proporción de los gastos de salud financiados por el seguro médico en la Unión Europea, 1990-2000. Fuente: OCDE, 2002.

En cuanto a la organización hospitalaria se observa que en la gran mayoría de los países de la Unión Europea a los hospitales públicos se añaden hospitales privados en régimen de concierto o acuerdos de diverso tipo.

Haciendo ahora referencia a las prestaciones, sus características y alcance, nos encontramos que, en general, todos los países reconocen en mayor o menor grado la libertad de elección del médico, salvo en Grecia. En algunos casos esta libertad de elección se ve limitada de forma temporal, como en Dinamarca o en Holanda, donde sólo puede ejercitarse el derecho a elección dos veces al año. En otros casos la elección se limita a una lista elaborada según distintos criterios, como de nuevo Dinamarca (entre los concertados del distrito) Irlanda o Italia ( lista elaborada sobre los médicos de la región). Los límites también pueden establecerse según se trate o no de medicina general (España, donde además se aplican limitaciones de localización y condicionado a que el médico no tenga cubierto el cupo de asegurados); o según la enfermedad (Luxemburgo). Donde la elección alcanza mayor nivel de libertad es en Austria, Francia, Bélgica, Suecia y el Reino Unido.

Otra cuestión relevante y debatida en el momento actual es la participación en las tasas médicas. Hasta el momento los países de la Unión Europea se reparten en número por igual entre los que exigen algún tipo de participación y los que no exigen ninguna. No obstante, establecen exenciones para grupos sociales determinados (por ejemplo: pensionistas, huérfanos etc.), por edad y por renta, y en algunos casos por enfermedades o gravedad de las mismas. No hay unanimidad en la fórmula de participación. Cuando ésta se establece, puede se un porcentaje variable según servicios ( Bélgica, Francia), una cantidad por prescripción ( Italia), o diferenciando si es o no la primera visita (Luxemburgo, Finlandia), o tique moderador variable (Portugal), o bien cantidades distintas según visitas, tratamientos o especialidades (Suecia).

En cuanto a la hospitalización, predomina la libre elección de hospital. Sólo está limitada en Grecia, España y Finlandia. En algunos países, los pacientes pagan una cantidad por día como en Luxemburgo, en Francia o en Suecia; en otros, sólo se exige participación en los gastos si se opta por una habitación individual o por recibir extras o cuidados no necesarios clínicamente, como en Alemania, Holanda, Portugal, o el Reino Unido.

Un mayor detalle de las características de los servicios sanitarios en la unión Europea se encuentra en la tabla "El Seguro Médico en la Unión Europea (2)". Esta información permite ponderar más las diferencias en cuanto a la amplitud de los servicios recibidos, lo que a su vez puede informar de la calidad de los mismos.

Salvo Irlanda y Holanda, todos los países cuentan con la posibilidad de realizar curas distintas a las hospitalarias. Las más frecuentes son las termales, como ocurre en Bélgica, España, Francia, Italia, Portugal. Estos cuidados suelen ser gratuitos, en algunos casos articulados a través de un sistema de reembolso, y se suele exigir autorización previa. No obstante, en algunos países se exige una participación del asegurado: Bélgica, Alemania (con tique moderador), Grecia, Italia, Austria y en el Reino Unido por los cuidados que no sean estrictamente necesarios.

Gráfico que muestra la proporción de los gastos de salud financiados por el seguro médico en la Unión Europea, 1990-2000. Fuente: OCDE, 2002.

Uno de los indicadores del nivel de salubridad son los cuidados dentales. Los cuidados generales son los de conservación, extracción, prótesis y ortodoncia. A los cuidados básicos, en algunos países, se añaden los cuidados preventivos. En concreto es así en Bélgica, Francia, Holanda y Finlandia. En varios casos se exige una participación del asegurado de distinto alcance. En general, la participación suele exigirse para las prótesis, ya sea por un porcentaje que ha de pagar el asegurado, ya sea por no reembolsar el total del coste; salvo en Luxemburgo, donde se reembolsa el 100% con prescripción facultativa. En algunos países se da un trato preferente a los niños, es así en Irlanda, Holanda, Dinamarca y Finlandia.

Una de las cuestiones más debatidas es la del gasto farmacéutico. En todos los países se establece un porcentaje de participación en estos gastos y sistemas de exenciones para determinadas categorías. Lo más frecuente suele ser discriminar según la enfermedad; por ejemplo en Bélgica están exentos los enfermos graves, y la participación del asegurado va aumentando según se pasa de medicamentos útiles a menos necesarios; algo similar ocurre en Dinamarca, en Francia, Italia, Luxemburgo, Portugal, Finlandia. En otros países se discrimina según las personas que han de consumir los medicamentos, como en nuestro país, o el Reino Unido. En Portugal y Bélgica también se da un trato favorable a ciertos grupos sociales de baja renta. Otros países presentan una mayor peculiaridad; así Suecia discrimina en función de si es o no la

primera receta; en Irlanda, se diferencia según el asegurado tenga protección completa - eximiéndosele en este caso de la participación - o no.

Otros gastos relacionados con la salud bastante corrientes son los de prótesis, óptica y acústica. Son gratuitos en Bélgica, en Holanda, aunque con algunas excepciones, y en Irlanda para el caso de asegurados con protección completa. Las prótesis son gratuitas también en España; y, en algunos casos, en Francia. En el resto de gastos y países el asegurado participa en los costes.

Otros gastos que se cubren en todos los países, salvo Italia, por los servicios públicos son los de transporte, aunque también hay que añadir que se suelen exigir ciertas condiciones. Algunos países prestan una gran variedad de servicios complementarios, en especial destacan los cuidados a domicilio por enfermera que se producen en Dinamarca, en Alemania, en Irlanda, en Austria - limitado a cuatro semanas- . Destacan también los cuidados de maternidad a domicilio en Holanda, y la asistencia a domicilio para jubilados, inválidos y enfermos mentales, entre otros, de nuestro país.

## LO QUE DICEN LAS CIFRAS

Teniendo en cuenta la relación gasto en salud/PIB, que indica el porcentaje de la producción destinada a la salud tanto por actuaciones públicas como privadas, España se sitúa, en 1995, a niveles muy similares a los de Finlandia, Italia, Japón, Suecia, Nueva Zelanda, Luxemburgo, Austria, Bélgica y Noruega; en la media de la moda, que está comprendida entre el 7 y el 8% del PIB. Los niveles más altos se dan en Estados Unidos, debido a la actuación privada, seguido de Alemania, Canadá, Francia y Suiza, que sobrepasan el 9%. Por encima de la moda también están Holanda, Australia y Portugal, entre el 8 y el 9%. Los países con menor porcentaje son Turquía y Grecia, seguidas de Dinamarca e Irlanda y el Reino Unido.

El indicador antes analizado incluye tanto el gasto público como el privado. Si atendemos tan solo al primero, Alemania es la que ocupa el primer lugar, seguida de Francia, Suiza y Bélgica, y muy cerca, Canadá e Islandia. Luxemburgo, que a nivel total tenía un nivel inferior al de España se sitúa hora por encima, debido a que en este país la actuación pública en sanidad es del 92,9%, la más alta de la OCDE. Nuestro país se sitúa justo en la media de los países de la OCDE y de la UE. Los porcentajes más bajos se dan en Turquía, Grecia, Portugal y Australia. Por debajo de nuestro país se encuentran también Irlanda, Japón, Italia, Nueva Zelanda y Finlandia y prácticamente igual el Reino Unido y Austria. La media de la participación pública se sitúa en los países de la OCDE en torno al 75,5% y en los de la UE en torno al 78,25%. España se sitúa en la media de la UE. Luxemburgo es el país con mayor nivel de participación del sector público en el campo sanitario, superando el 90%. Bélgica tiene también una participación muy elevada, con el 87,5 %. Igualmente superan el 80% el Reino Unido, Islandia, Dinamarca, Noruega y Suecia. La menor participación se da en Estados Unidos, seguido de Turquía y Australia.

Todos los países, salvo Irlanda y Suecia han aumentando la participación en el PIB de los gastos en salud en la última década. En muchos casos se ha debido tanto a aumentos en el sector público como en el privado. En la mayoría, no obstante, han sido mayores los aumentos del sector público que los del privado. Aún así, en la última década ha bajado el porcentaje de la participación pública en Australia, Nueva Zelanda, Grecia, Canadá, Austria, Finlandia, Noruega y ligeramente en Dinamarca, Islandia y España. Así pues, una característica común en los países de la OCDE es la tendencia al crecimiento de estos gastos. Aunque, como he mencionado, en la última década ya han empezado a aparecer decrecimientos en algunos países del área europea, si nos remontamos atrás hasta los años sesenta, el crecimiento es importante. Entre las razones que se esgrimen como explicación de este crecimiento se encuentran el envejecimiento de la población, el aumento de los ingresos, la extensión de la cobertura de los seguros, el cambio tecnológico (técnicas, equipamientos, medicamentos...), aumentos del personal e instalaciones médicas, elevación de los precios reales, como más destacadas.

Las anteriores relaciones informan de la importancia que tiene el gasto sanitario total y el público en particular en la economía nacional. Para completar esta información es interesante conocer que importancia se le da a este gasto en las políticas de gasto nacionales. Suiza y Alemania son los que mayor porcentaje de su gasto público dedican al gasto sanitario, rondando el 18,5%. Los menores valores corresponden a Suecia, Dinamarca y Finlandia, que no alcanzan el 10%. Nuestro país se sitúa casi un punto porcentual por encima de la media de la OCDE y tres por encima de la media de la UE. Salvo en Suecia y en Finlandia, y ligeramente en Noruega y Dinamarca, en el resto de la OCDE ha aumentado, en la última década, la participación de este gasto en el gasto público total. No obstante, si retrocedemos en un año para observar la evolución en la década, son nueve los países que descienden en la participación de este gasto en el total. Así por ejemplo, en España se produce un brusco descenso en el 85, tras el cual no logra recuperar las cifras anteriores.

Otro indicador del gasto sanitario en un país es el gasto per capita, expresado en paridad de poder de compra y en dólares. La media de la OCDE se sitúa en 1.932,5 \$y la de la UE en 1.381,5 \$. Se recoge tanto el gasto privado como el público. El resultado es que el país que mayor gasto per capita realiza es Estados Unidos, aunque recordamos que debido al gasto privado fundamentalmente. Le siguen Suiza, Luxemburgo, en este caso prácticamente la totalidad es dinero público, y Alemania, en todos ellos se sobrepasa los 2.000 \$. Nuestro país no ha alcanzado los 1.000 hasta 1995 y se encuentra, por lo tanto, por debajo de los valores medios de la OCDE y de la UE. Sólo Grecia y Turquía no alcanzan este importe. Así pues este indicador muestra que nuestro país tiene, después de los anteriores y junto con Portugal uno de los valores más bajos de la OCDE. Por otra parte, observando el índice de precios del gasto médico, nuestro país se sitúa en el grupo de los de mayor crecimiento desde 1990.

Aunque presentan algunos problemas para ser utilizados como indicadores de la calidad del servicio recibido y del grado de atención médica que reciben los ciudadanos, pueden ayudar a aumentar la información que ofrecen las cifras de gasto aquellos que recogen los doctores y camas por cada 1000 habitantes y la media de estancia en días.

Nuestro país es el que durante toda la década ha mantenido un mayor número de médicos por cada 1000 habitantes. Aunque todos los países, salvo Holanda - que ha dejado reducidos sus médicos a la mínima expresión, ya que tiene un cuarto de médico por cada 1000 habitantes-, han aumentado sus efectivos no han alcanzado a nuestro país. Los que más cerca están son Grecia, Bélgica, Alemania, Suiza y Suecia. Por

el contrario, España se encuentra en el grupo de los que menos camas tienen. Está por debajo de la media de la UE, que a su vez tiene como media una menos que la media de la OCDE. Los países que mejor indicador presentan son Japón, Islandia, y Noruega. Por debajo de España sólo está Turquía. Todos los países presentan una tendencia a reducir el número de camas por habitantes, salvo Japón e Islandia, lo que les ha colocado en el mejor lugar.

Respecto a la media de estancia en días nos encontramos en la media de la UE, que está un día por debajo de la media de la OCDE, y que no alcanza las dos semanas. Japón es el país en el que mayor permanencia se produce con bastante diferencia, puesto que da un nivel de permanencia de mes y medio. Seguido, con trece días de diferencia, de Holanda. Todos los países presentan una tendencia a la reducción importante; donde más se ha manifestado ha sido en Suecia, con un porcentaje de reducción para la década del 63%.

Como medida de los resultados que producen las medidas sanitarias antes comentadas tenemos, a falta de mejores indicadores, la tasa de mortalidad infantil y la esperanza de vida. Por otra parte la tasa de fertilidad puede considerarse como un indicador de la necesidad junto con la propia esperanza de vida; puesto que como es sabido son los niños y ancianos los que más necesitan de los gastos en salud. La media de nacimientos en la UE es más baja que la de la OCDE en su conjunto. De hecho son países no europeos los que presentan mayores tasas, sobrepasando la media de dos niños: Turquía, Estados Unidos y Nueva Zelanda. Nuestro país e Italia son los que presentan menor tasa de la OCDE. Esta tendencia lo que pone de manifiesto es que, dada a su vez la tendencia a incrementar la esperanza de vida, las necesidades de gasto en el futuro serán mayores. Respecto a los indicadores de resultados que antes mencionamos, el porcentaje de mortalidad infantil sobre los nacimientos en nuestro país está ligeramente por encima de la media de la UE y de la OCDE, si excluimos a Turquía en el cómputo de la misma. A parte de este último país, las mayores tasas de mortalidad se dan en Grecia y Estados Unidos; y las menores en los países nórdicos: Finlandia, Noruega y Suecia, seguidos de Japón. Presentan tasas también bajas Suiza, Luxemburgo y Alemania. Los países que más han reducido su tasa de mortalidad infantil a lo largo de la última década han sido Portugal, Noruega y Austria, con la particularidad de que el primero mantienen todavía una tasa superior a la media de la OCDE. Nuestro país tiene una reducción del 33 % que le sitúa en la media de la OCDE.

En cuanto a la esperanza de vida al nacer es en términos medios de 75 años en la UE y 77 para la OCDE en el caso de la mujeres y de 73 para ambas organizaciones para los hombres. En nuestro país, la de las mujeres supera la media, colocándose en el grupo de las más altas de la OCDE ( la más alta es la de Japón) y la de los hombres se sitúa justo en esa posición. En este último caso, la más alta corresponde a Islandia, seguida de Japón y Suecia. Los hombres y mujeres turcos son los de menor esperanza de vida al nacer. La mayor esperanza de vida una vez cumplidos los 60 se da en Japón para las mujeres y en Islandia para los hombres. España se sitúa en un nivel por encima de la media en ambos casos. En la última década, los aumentos de la esperanza de vida al nacer mayores se han producido para las mujeres en Islandia y Australia. España sólo ha mejorado en un 1% (la mayoría lo ha hecho un 2 o un 3%). Y para los hombres en Alemania, Australia, Estados Unidos, Finlandia, Noruega, y Portugal que han mejorado todos ellos en un 4%. España se ha quedado en un 2%. En cuanto a la esperanza de vida a los 60 años en las mujeres, España se sitúa por encima de la media de la OCDE y UE, y los mejores valores se dan para las japonesas, francesas y suizas; y en el caso de los hombres, España se sitúa cerca de los mejores valores que se dan en Islandia, Japón y Suiza, Francia y Australia. Por lo que se refiere a los mayores incrementos de la esperanza de vida a los 60 años en las mujeres, se dan en Australia, Islandia e Italia, con un 9%. En España tan solo un 2%, la más baja junto con Grecia y Canadá. Y en el caso de los hombres, la mayor mejora se produce en Estados Unidos, con incremento del 12%, luego le siguen Australia, Finlandia, Islandia, Nueva Zelanda y el Reino Unido, con un 10%. En España la mejora experimentada es de un 6%

## La s reformas

Las reformas emprendidas en los países de la OCDE son tan variadas como acabamos de ver que son sus sistemas. No obstante podemos decir que básicamente persiguen limitar el crecimiento del gasto sin que ello perjudique a la calidad de la prestación de los servicios sanitarios.

*Objetivo: limitar el gasto.*

El Reino Unido ha encarado reformas de este tipo. El sistema se ha basado en la creación de un mercado interno. El cuasimercado formado en el Sistema Nacional de Salud británico establece una separación conceptual y operacional entre compradores de servicios de salud (autoridades sanitarias del distrito, médicos, comisiones sanitarias...) y los vendedores (seguros del NHS y hospitales privados, los propios médicos en su papel de proveedores de servicios...), lo cual exige la existencia de contratos que regulen esta provisión. La idea es que estos contratos garanticen el mejor servicio al mínimo coste. Para los contratos que celebra el NHS consigo mismo se establecen precios al coste. Existen gabinetes privados que deciden convertirse en gestores y que tienen que evaluar la eficacia y eficiencia de los tratamientos posibles. Recogen los tratamientos en el gabinete médico para informar a los hospitalarios y tienen cierta libertad de negociación para mejorar los servicios de salud seguidos por sus pacientes y por los prestatarios de especialidad. Los compradores (Comisiones sanitarias de distrito) especifican no sólo los tipos de cuidados a comprar, sino también las técnicas a aplicar, y realizan controles en hospitales. También tienen el poder de determinar qué tipo de contrato realizan y con quién (también en Nueva Zelanda). Estas técnicas entran dentro del concepto de controles microeconómicos.

En esta línea, Francia ha puesto en aplicación en 1994 una ley conducente a establecer referencias médicas que fijan las mejores prácticas en materia de tratamientos ante eventuales enfermedades y prevén sanciones en caso de abuso. En Alemania se aplica un control sobre el 2% de todas las facturas médicas.

Estas reformas encaran también el problema de la eficiencia. Sistemas de control de gasto similares se ha realizado también en Nueva Zelanda y en Suecia.

Se ha tendido también a incrementar la competencia en el sector hospitalario, Ha sido así en Inglaterra, Dinamarca y Suecia. En algunos casos se ha planteado, ante la competencia, la necesidad de cerrar hospitales innecesarios (Inglaterra y Suecia) con los consiguientes rechazos locales

Se aplican también medidas de carácter macroeconómico o simplemente de limitación de los gastos globales.

Aunque se establecen limitaciones tanto para los gastos ambulatorios y farmacéuticos, se han concentrado en los hospitalarios. Resumiendo, las técnicas de contención del gasto hospitalario consisten en :

- Poner límites a través de las dotaciones presupuestarias de hospitales, con sanciones en el caso de sobrepasar los gastos.
- Limitación en el número de hospitales, en el número de camas excedentes (veíamos como todos los países menos Japón e Islandia habían disminuido el número de camas).
- Control directos de efectivos, de prestaciones o remuneraciones, por ejemplo en Italia.

En el caso del gasto hospitalario y de medicamentos:

- En algunos países se han puesto límites a los honorarios de los profesionales (por ejemplo en Alemania y Canadá) y a los precios de los laboratorios o tarifas de enfermería (Francia), o bien reajustado los precios relativos de diferentes prestaciones (exámenes/tratamientos) (Francia y Bélgica).
- En los medicamentos: introducción de genéricos, listados, reducción de los beneficios del sector.

*Objetivo: asegurar una mayor responsabilidad a los compradores*

Las reformas tendentes a conseguir este objetivo suelen plantear una participación en las tasas. Se trata de reducir los gastos inútiles poniendo freno a una demanda considerada excesiva y que no responde a verdaderas necesidades

No obstante no se constata casi en la práctica (salvo para los productos farmacéuticos) que los países donde el tique moderador es más elevado presenten gastos más reducidos o un aumento de los gastos más lento. Si el aumento del tique moderador en los regímenes públicos puede reducir el coste para el estado y quizás el volumen de los cuidados de salud, esto no implica necesariamente que el gasto disminuya. Hay varias razones. En la práctica, lo aumentos han sido pequeños e insuficientes para modificar el comportamiento de los consumidores. El seguro privado puede asumir parte del aumento de los tiques moderadores en el sector público. Si la participación en las tasas puede inducir a hacer más lento el crecimiento del volumen de lo cuidados de salud, puede compensarse en la práctica con el alza de los precios de los servicios de salud. Además las posibilidades de economizar los gastos pueden reducirse por los costes administrativos de puesta en práctica de sistemas de participación en las tasas.

Por problemas de equidad, en los países donde existe el tique moderador se esfuerzan por proteger a los grupos de baja renta y a los enfermos crónicos a través de exenciones, techos en el pago o cuestiones similares que complican la administración del sistema, introducen falta de transparencia en los precios y posibilidades de fraude. No obstante, la aplicación del sistema de tasas debe tener en cuenta las razones de equidad y se puede optar por diferenciar por sectores; por ejemplo: tasas pequeñas para los servicios hospitalarios de carácter intensivo, enfermedades crónicas y más elevadas para cuidados ambulatorios o también por la utilización sin necesidad de los servicios de urgencia muy costosos. De todas formas la polémica es clara: ¿cómo determinar previamente al diagnóstico médico por el propio paciente que la urgencia es innecesaria?

*Objetivo: mejora en la calidad de los servicios:*

Una de las actuaciones tendentes a conseguir este objetivo sin incrementar costes es potenciar la medicina primaria, puesto que se ha comprobado que la gran mayoría de los problemas de salud se resuelven a estos niveles, incrementando su calidad e introduciendo incentivos para que persigan el verdadero interés de sus pacientes. Desde el punto de vista de los incentivos es clave el sistema de remuneración que se establezca para los médicos. Si se remunera por salario, el incentivo será desviar el mayor número de pacientes posible a los especialistas. Por el contrario, los que reciben financiación de acuerdo con los actos realizados tenderán a aumentarlos. La fórmula intermedia sería la de financiación por paciente: incita a atraer pacientes, pero no impide que se intente desviar los casos más difíciles o costosos al especialista. En algunos países se han buscado fórmulas mixtas por paciente y acto: en Dinamarca y en Finlandia, por ejemplo.

Parece demostrado que los países que cuentan con el filtro de la medicina primaria reducen sus costes globales ( en Alemania y Bélgica se puede acudir tanto al médico o al especialista indistintamente; en Dinamarca la elección implica una participación en los costes).

Las reformas tendentes a dar una mayor autonomía a las decisiones médicas también persiguen este objetivo. En Inglaterra, el mercado interno antes descrito, asegura mayor competencia entre los prestatarios.

En nuestro país se han intentado abordar reformas del tipo de las comentadas. Son famosos los intentos de establecer un tique moderador. También se ha establecido el ensayo de nuevas fórmulas de gestión imitando el mercado interno inglés. Acogiéndose al Real Decreto Ley 10/96 de 17 de junio se han constituido dos fundaciones correspondientes a los hospitales de Alcorcón en Madrid y Manacor en Baleares (BOE de 6 de febrero de 1997). Se espera que la mayor competitividad que se introduce con el sistema mejore la eficiencia. Habrá que esperar para comprobar si esto es así y cuales son las consecuencias sobre la equidad. Como ya he expuesto antes, la experiencia ha demostrado en aquellos países en los que se ha avanzado más en esta reformas que si la ineficiencia implica el cierre, la posibilidad de que este se haga efectivo es, por lo menos, incierta.

## **APUNTES FINALES**

He titulado a este resumen final de la forma que antecede a estas líneas porque sería pretencioso denominarlo "conclusiones" e incluso lo sería titularlo "resumen de conclusiones". El lector seguramente sacará muchas más de la lectura e información que contiene este trabajo. Pero sí considero interesante resaltar algunos puntos que se derivan de la misma.

La clasificación que se realiza de los sistemas de salud en sistemas de seguro social, dobles o dobles, y universales , se debe a la forma de gestión, pero no tiene muchas más consecuencias en cuanto al gasto o

en cuanto a la calidad del sistema. La universalización a la que están sometiendo sus sistemas los usuarios del seguro social es un elemento importante a la hora de reducir diferencias. En contra de lo que pudiera pensarse, los sistemas dobles no son los más caros, ni aquellos en los que se da mayor participación pública. Si hay que buscar diferencias, quizás resaltan las de que en los sistemas dobles no hay requisitos, salvo el de residencia, para acceder a los servicios médicos, y que en las prestaciones monetarias son muy bajos, así como mayor diversidad en los beneficios monetarios.

Los países nórdicos (Noruega de forma especial) tienen una alta cobertura en cuanto a los servicios prestados en sus sistemas públicos de salud y sin que por ello sus niveles de gasto sean elevados. En Noruega, además, se da una especial protección a la mujer que ha sido madre (es el país con más alto beneficio de maternidad), lo que ha fomentado la tasa de natalidad. Estos países han experimentado también mejoras en la esperanza de vida de sus habitantes, lo que indica un buen resultado de los sistemas.

Nuestro país se encuentra en el nivel medio en cuanto a las características de los servicios prestados y su cuantía.

Corno características más concretas, se suele escoger en mayor número el sistema de pago directo por el sector público a proveedores, frente a otros sistemas como el de reembolso, que también existe en algunos países, o el de provisión directa que ha escogido nuestro país. En Europa se está extendiendo la libertad de elección, aunque limitada en la gran mayoría. También la participación en el coste cuando se quieren obtener ventajas especiales al margen de las puramente médicas, como la habitación individual y otros extras. En algunos países se está fomentando, para reducir costes hospitalarios, la reducción de permanencia en el hospital sustituyéndola por cuidados a domicilio.

En lo que se refiere a las cifras de gasto, nuestro país se sitúa en los valores medios, si se atiende al porcentaje respecto de PIB, tanto en su valor absoluto como en el valor del gasto público en salud; no si se atiende al gasto per capita, situándose entre los de menor valor. En nuestro país se ha optado por un mayor número de médicos. La relación de médicos por persona es con diferencia de las más elevadas. Los resultados de nuestro sistema apuntan a una muy baja tasa de fertilidad, y aunque la esperanza de vida al nacer es bastante buena, ya que nos sitúa por encima de la media, el aumento de la misma en la última década ha sido bajo, ya que sólo se ha incrementado para las mujeres en un 1% , cuando la mayoría lo ha hecho un 2 o un 3%, y para los hombres un 2%, cuando muchos lo han hecho en un 4%.

Las reformas emprendidas tienen por objetivo, en última instancia, reducir costes, junto con una mejora en la calidad de los servicios, o simplemente sin reducirla. Esto se lleva a cabo a través de reformas en la gestión, dando más autonomía y responsabilidad a los agentes, confiando en el efecto asignativo de la competencia y enmarcándose en reformas en este mismo sentido de la Administración Pública. Esta mayor responsabilidad se trata de extender también a los usuarios de los servicios, haciéndoles participar en el coste a fin de que tomen conciencia del mismo y restrinjan los gastos superfluos. Estas reformas chocan con el rechazo social, como ha ocurrido recientemente en nuestro país.

## BIBLIOGRAFIA

COMISIÓN EUROPEA (1996) La Protection Sociale dans les États membres de l'Union Européenne.

FERNÁNDEZ DÍAZ (1996) "Nuevas tendencias en los sistemas de salud europeos" Boletín de Estudios Económicos, vol. LI nº 159, pp. 423-434.

LÓPEZ CASASNOVAS, G. e IBERN,P. (1995) "Algunas consideraciones para comprender la evolución de las cifras del gasto sanitario" Hacienda Pública Española nº 134.

OFFICE OF RESEARCH AND STATISTICS SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION (1995) "Social Security Programs Throught the World".

OXLEY, H. y MACFARLAN, M. (1995) " Réforme des systèmes de santé: maîtriser les dépenses et accroître l'eficience" Revue économique de l'OCDE nº 24 pp.7-62.

## ANEXO I

### PROGRAMAS DE SEGURIDAD SOCIAL EN LA OCDE

#### ENFERMEDAD Y MATERNIDAD

PAIS	TIPO DE	COBERTURA	FINANCIACIÓN	CONDICIONES PARA ACCEDER AL SISTEMA	BENEFICIOS		
	PROGRAMA				ENFERMEDAD Y MATERNIDAD	MÉDICOS DE LOS TRABAJADORES	MÉDICOS DE LOS DEPENDIENTES
A L E M A N I A	Sistema de Seguro Social.  Beneficios monetarios y médicos	Todos los trabajadores, empleados, aprendices, beneficiarios del desempleo , algunas categorías de autónomos, pensionistas y estudiantes cubiertos por beneficios médicos.  Sistemas especiales para mineros, artistas, empleados públicos y granjeros autónomos.  Cobertura voluntaria para los empleados	Asegurados: 4% a 8% de los ingresos cubiertos, según los fondos (no si los ingresos están por debajo de una cantidad). Pensionistas 6,7% de la pensión.  Empresarios: 4% a 8% de las nóminas, según los fondos (8% a 16% para los empleados exentos arriba)  Gobierno: subsidio de maternidad; beneficios por desempleo y personas en formación autorizada, subsidio para agricultores pensionistas, estudiantes. El sistema de pensiones también contribuye a la cobertura médica de los pensionistas.  "Cuidados a Largo Plazo":	Beneficios monetarios de enfermedad y médicos: miembro de los fondos de enfermedad  Beneficios monetarios de maternidad: 12 relaciones de seguro o relaciones continuadas de empleo desde el décimo al cuarto mes anterior, debe estar trabajando o de baja las 6 semanas anteriores.  Cuidados a largo plazo: miembros de un fondo de cuidados que, debido a enfermedades físicas o mentales en los últimos,	De enfermedad: el empresario paga el salario de las primeras 6 semanas. Después el fondo de enfermedad paga el 80% de los ingresos cubiertos hasta 78 semanas en 3 años.  Beneficio de maternidad: 100% de los ingresos cubiertos durante 6 semanas antes y 8 semanas después.  Subvención de maternidad: una cantidad por cada nacimiento según el fondo.  Los fondos de enfermedad proporcionan la paga por ausencias 5 días al año por	Proporcionados por doctores, hospitales y farmacéuticos bajo contrato y pagados por los fondos de enfermedad. Incluye cuidados médicos generales y dentales, exámenes preventivos y tratamiento, pruebas de laboratorio, maternidad, hospitalización, cirugía, aparatos, transportes por debajo de una cantidad, medicamentos con receta. Se exige copago para las medicinas de determinado precio. Los incapacitados totales reciben cuidados en el hogar (4 semanas por año) o una cantidad mensual. Algunos fondos	Iguales que los del asegurado.  Beneficios de cuidados a largo plazo: cantidades monetarias que dependen del grado de cuidado personal requerido.  Proporciona tanto beneficios en especie como monetarios junto con especie. También beneficios adicionales de suministros, cuidados día/noche,

		que ganan más de cierta cantidad al mes y para grupos que ganen menos.  Reforma en 1994: "Cuidados a Largo Plazo" todas las personas cubiertas por el plan de seguro de enfermedad reglamentario, personas cubiertas por sus empresas en seguros privados de enfermedad y algunos grupos especiales. Personas con seguro privado deben comprar la cobertura privada equivalente.	Asegurado: en un Estado 1%, en el resto 0,5% de los ingresos hasta el máximo legal para el seguro de enfermedad  Empresario: igual que el asegurado.  Gobierno: contribuciones para parados, agricultores y estudiantes.  Portadores del seguro de pensiones reglamentario hacen las mismas contribuciones que sus pensionistas que están obligatoriamente en el seguro de cuidados a largo plazo, y contribuyen al mismo para los pensionistas voluntarios	al menos, 6 meses, requieren cuidados considerables en el curso de su vida diaria. Comenzando en 1996, deben tener un año de antigüedad que se va elevando a 5 años hasta el 2000.	enfermedad de los hijos menores de 8 años que requieren cuidados del asegurado, también pagan ayuda durante la hospitalización del asegurado o esposa si la necesitan para el cuidado de niños menores de 8 años en el hogar	proporcionan beneficios adicionales.  * Para más detalle ver cuadro de Seguro Médico público en la UE	por corto tiempo, modificaciones de e la vivienda para ser utilizada por los inválidos, etc. Nuevos y mayores beneficios para los que están totalmente inmovilizados entran en vigor en enero de 1997.
U S T R A L I A	Doble de asistencia social ( beneficio monetario ) y universal (cuidados médicos)	Beneficios monetarios: empleados con rentas limitadas y otras condiciones.  Beneficios médicos: residentes.	Asegurados: Beneficios médicos, 1,25% que recae sobre la renta por encima de una cantidad, que varía según se tengan o no hijos o sean solteros. Exención para los veteranos, viudas de guerra y personal Fuerzas Armadas con dependientes (la mitad si no tienen dependientes)  Empresario :nada.  Gobierno: Total de los beneficios monetarios y asistencia para una amplia lista de medicamentos en el Plan de Beneficios Farmacéuticos. Descuentos para beneficios médicos y hospitalarios. Se proporcionan fondos para cuidados a tercera edad.  Las Subvenciones de Ingresos Generales de la Commonwealth y Subvenciones médicas a los Estados y Territorios para cubrir costes de hospitales públicos suministran aproximadamente del 40% al 50% de los fondos del plan de seguro médico.	Beneficios monetarios ( con prueba de e medios): edad de 16 a 64 (hombres) o 16- 59 (mujeres), residentes. El asegurado tenga pérdidas de rentas por enfermedad, o cumpla las condiciones para el beneficio de desempleo, pero por enfermedad.  Beneficios médicos: residentes.  Beneficios farmacéuticos: residentes.	Beneficios por enfermedad (prueba de medios): una cantidad que varía según la edad y los dependientes.  Beneficios por hijos pagados en el sistema de subvenciones familiares.  Asistencia de alquiler (prueba de medios) y suplemento por zona alejada : igual que pensión de vejez. .  Ajustes: en enero, según índice de precios, para los que tienen entre 16 y 20 años sin dependientes, en marzo y septiembre, el resto	EL paciente paga el 15% de las tasas por cuidados no hospitalarios o una cantidad determinada si ésta es menor (actualizada anualmente según cambios en los precios).  Beneficios farmacéuticos: la mayoría de las medicinas recetadas, con una tasa por prescripción. Pensionistas y personas de baja renta pagan una cantidad menor.  El gobierno paga a los farmacéuticos.  Beneficios hospitalarios: estancia y tratamiento gratuito en hospitales públicos. Las organizaciones privadas también pueden utilizar, pagando, los hospitales públicos	Los mismos que el cabeza de familia.  Las organizaciones privadas también cubren a los dependientes.
U S T R A	Sistema de Seguro Social.  Beneficios monetarios y médicos	Empleados, a partir de ciertos ingresos, autónomos(excepto agricultura), aprendices y pensionistas. Sistemas especiales para los empleados públicos, ferrocarriles y autónomos agrícolas. Afiliación voluntaria para los residentes no cubiertos.	Asegurados: trabajadores: 3,95% del salario, empleados: 3,4% del sueldo; pensionistas 3,5% de la pensión.  Empresarios: 3,95% de las nóminas ( más 2,5% para el fondo de pagos monetarios ) ; 3,4% del salario de los empleados.  Gobierno: 50% de los beneficios monetarios de maternidad. (Las Instituciones del Seguro de Pensiones hacen contribuciones para el seguro médico de los pensionistas del 21% de las contribuciones recogidas para el seguro de enfermedad.	Para el empleo cubierto. Se exige sólo para los beneficios opcionales 6 meses de contribución en el último año.  Subvenciones de maternidad para los dependientes: 10 meses de contribución para los asegurados en los últimos dos años y seis contribuciones en el último años.	Enfermedad: el empresario paga el 100% de los ingresos en las primeras 4-10 semanas de los trabajadores a sueldo y 6-12 (más 4 semanas adicionales al 50%) para los empleados a sueldo, de acuerdo con el tiempo de servicio en la empresa. Después los fondos de enfermedad pagan el 50% y el otro50% el empresario.  Los fondos también pagan el 10% de los ingresos para la esposa y 5% para los hijos, hasta un máximo del 75% de los ingresos cubiertos. Duración : 26 semanas (78 en casos especiales).  Maternidad: 100% de los ingresos durante las 8 semana anteriores y las 8 posteriores al alumbramiento ( hasta 16 semanas después en casos especiales).	Beneficios proporcionados normalmente por doctores, hospitales y farmacéuticos con contratos , y pagados directamente por los fondos. Algunos fondos tienen sus propias clínicas y hospitales. Incluye tratamiento médico (incluso siquiatría), maternidad, cuidados dentales, hospitalización, medicinas, aparatos, enfermeras a domicilio, exámenes preventivos y transporte.  Los pacientes pagan una cantidad por prescripción y hasta el 20% del coste dental, y una cantidad también por aparatos.  Excepciones para pacientes con pocos medios.  Duración: sin límite	Los mismos que para el asegurado, pero con una participación en el coste del 10%, excepto en maternidad, durante las primeras 4 semanas de hospitalización.  La esposa recibe el mismo cuidado en la maternidad que la mujer asegurada.
B E L G I C A	Sistema de Seguro Social.  Beneficios monetarios y médicos	Empleados y aprendices (deben registrarse en sociedades mutualistas o fondos públicos auxiliares). Pensionistas y otros beneficiarios de la de la seguridad social (Sistemas especiales para los autónomos (protección básica sólo) y marineros.  Afiliación voluntaria para las personas que no tienen cobertura obligatoria.	Asegurados: beneficios médicos: 3, 55% de los ingresos; beneficios monetarios: 1,15% de los ingresos. Pensionistas3,55% (excepciones para los que están por debajo de una cantidad).  Empresarios: beneficios médicos: 3,8% de las nóminas; beneficios monetarios: 2,25 de las nóminas más o,15% para financiar los beneficios de maternidad.  Gobierno. Subsidios para cuidados médicos y compensaciones para empleados y autónomos. Ganancias en los recargos de seguros de automóviles y en las primas de los seguros de hospitalización y un impuesto sobre los beneficios obtenidos en los medicamentos reembolsables	Enfermedad: 6 meses de seguro incluyendo 120 días en el trabajo actual, o 400 horas en los últimos 6 meses.  Maternidad: 6 meses de seguro anteriores al parto	Enfermedad: 60% de los ingresos, con un tope. El empresario paga 100% de los ingresos hasta 30 días para la mayor parte de los empleados a sueldo, para los que perciben salarios, y los empleados no cualificados, en los 30 días, el empresario paga el 100% en los primeros 14 y un complemento del 25% o 30,5%, respectivamente en los siguientes 23. Después el seguro continúa pagando el 60% de los ingresos por el resto hasta un año de enfermedad.  Maternidad: 82% de los ingresos durante el primer mes ( 79,5% si está en paro), mas 75% de los ingresos después. Pagables durante las 7 semanas antes y 8 semanas después del parto.	Incluye cuidados generales y de especialistas, cirugía, especialización, medicinas, servicios de laboratorio, maternidad, cuidados dentales, enfermería rehabilitación, transporte y aparatos.  El asegurado debe efectuar un copago de varias cantidades dependiendo de la renta y situación social.  Duración: sin límite  * Para más detalle ver cuadro de Seguro Médico público en la UE	Beneficios médicos para dependientes: igual que para el asegurado



F I N L A N D I A	Sistema de seguro social.  Los cuidados de salud se proporcionan por un programa de seguro de enfermedad privado y por un programa público de carácter local financiado por impuestos locales y nacionales.	Beneficios médicos: todos los residentes  Beneficios monetarios: todos los empleados, autónomos y estudiantes entre 16 y 64 años.	Asegurados: el empleado contribuye con un 1,9% de su renta un año hasta una cantidad y después con 3,8% anual con el mismo límite anterior. El pensionista contribuye con el 4,9% y el 6,8% hasta niveles similares de renta.  El empresario: 1,60% de la nómina en el sector privado , y del 2,85% al 7,85% en el caso de empleados públicos.  Gobierno: el coste restante.	Beneficios monetarios de enfermedad: empleo en los últimos 3 meses a menos que esté en paro involuntario.  Beneficios monetarios de maternidad: residencia en el país; los inmigrantes deben completar 180 días de periodo de espera.  Beneficios médicos: residencia en el país.	Beneficios de enfermedad: un mínimo de una cantidad por día , más un porcentaje en función de los ingresos.  Se paga después de un periodo de espera de nueve días hasta 300 días laborables.  Beneficios de maternidad: igual que los beneficios de enfermedad. Se pagan desde 50 a 30 días antes (excepto si está expuesta a factores de riesgo que no pueden eliminarse, en cuyo caso se paga subvenciones especiales de maternidad durante el embarazo), continuando durante 105 días laborables. Después se paga a cada padre durante 156 días laborables . Pagable durante 218 días si el embarazo es múltiple, 100-234 días si es por adopción.  Subvenciones de cuidado especial: pagable durante 60 días al año a padres que tenga a cargo hijos enfermos en hospitales o en su casa (90 días si la enfermedad es seria)	Beneficios médicos: bajo el seguro de enfermedad - devolución de ciertos gastos médicos. Incluye el 60% de los honorarios de los médicos privados, del 60% al 90% de los dentistas, 75% del coste del examen y tratamiento que sobrepase cierta cantidad , el 50% del coste de medicinas sobre cierta cantidad (75-100% de los medicamentos para enfermedades graves y prolongadas, coste total si la receta excede de una cantidad) y gastos de transporte si exceden una cantidad (total reembolso si los gastos deducibles exceden de una cantidad)  El seguro de enfermedad también cubre el 50% de los costes de enfermedad laboral.  En los servicios municipales de salud el cobro varía en función de los servicios, entre los que se incluyen los dentales. Por el cuidado hospitalario se cobra una cantidad por visita o por hospitalización	Igual que para el cabeza de familia.
F R A N C I A	Sistema de seguro social	Empleados (sistema general que cubre un 72% de los empleados). Pensionistas y algunos grupos de los que no ganan rentas también cubiertos por los beneficios médicos.  Sistemas especiales para la agricultura, iglesia, minería, ferrocarriles, empresas públicas y empleados públicos; marineros y autónomos ( los beneficios médicos se proporcionan bajo el sistema general para algunos grupos.  Filiación voluntaria para los residentes que no trabajan en empleos cubiertos.	Asegurados: 6,8% del total de los ingresos; pensionistas de (os de baja renta exentos) 1,4% de la pensión y 2,4% en las pensiones privadas; desempleo el 2% de la renta mínima garantizada; un 1% de los beneficios del desempleo y de las subvenciones de formación.  Seguro voluntario(exenciones para baja renta), varían los porcentajes en función de la renta neta gravable; tope mínimo para estudiantes, jóvenes y otras personas no cubiertas.  Empresario: 12,80% del total de las nóminas.  Gobierno: Provenientes del 12% de la carga sobre la prima del seguro de automóviles, de los impuestos sobre los gastos en publicidad farmacéutica, alcohol y tabaco; también fondos para la nueva construcción de hospitales y parte del coste de ciertos servicios sociales y de salud. Las anteriores contribuciones también financian los beneficios de incapacidad y supervivientes.	Beneficios monetarios y de maternidad: 200 horas de empleo pagado en los últimos 3 meses.  Beneficios médicos: 60 horas de empleo pagado en los últimos 30 días con contribuciones pagadas sobre los salarios que alcanzan al menos 60 veces el salario mínimo, o 120 horas de empleo en los últimos 90 días con contribuciones de una cantidad igual a 120 veces el salario mínimo.	Beneficio de enfermedad: 50% de los ingresos cubiertos (una cantidad mínima al día que no se aplica durante los 6 primeros meses de beneficio; con un enfermedad crónica o prolongada y concurren unas condiciones especiales.  Beneficios de maternidad: por el primer y el segundo hijo el 84% del salario básico; pagable durante 6 semanas antes y 10 semanas después , para el tercero y siguientes: 8 semanas antes y 18 semanas después.  Se paga dos semanas adicionales antes si hay complicaciones, 12 a 24 semanas antes y 22 después en partos múltiples.  Subvención por lactancia o por cupón de leche ( durante 4 meses).	Devolución de parte de los gastos médicos. Incluye cuidados generales y especialistas , hospitalización, servicios de laboratorio, medicinas, cuidados dentales, cuidados de maternidad, aparatos y transporte.  El asegurado normalmente paga sus servicios y se le reembolsa el 70% por los fondos de enfermedad local en tasas negociadas y aprobadas.  El asegurado paga una cantidad en la hospitalización por habitación y hospedaje (niños incapacitados y accidentados de trabajo exentos)	Igual que para la persona asegurada. Después de la muerte del asegurado los beneficios médicos se pagan por un año o hasta el tercer cumpleaños del hijo más joven.
G R E C I A	Sistema de seguro social	Empleados de la industria, comercio, y ocupaciones asimiladas y ciertos trabajadores autónomos urbanos. Los pensionistas también están cubiertos por lo beneficios médicos. Os empleados afiliados a fondos equivalentes están exentos del sistema general. Sistemas especiales para los trabajadores de la agricultura y empleados públicos.	Asegurados: cuidados médicos 2,55% de los ingresos, beneficios monetarios: 4%, pensionistas 4% de la pensión  Empresario: cuidados médicos 5,1% de las nóminas; beneficios monetarios: 8% de las nóminas  Gobierno: 3,8%  Cantidad máxima a efectos contributivos y de ingresos, sin techo para los que empiezan a trabajar después del 1 de enero de 1995.	Beneficios monetarios: 100 días de contribución en el año precedente a la enfermedad , o 100 días en los últimos 15 meses excluyendo el último cuarto.  Beneficios monetarios de maternidad 200 días de contribución en los últimos dos años  Beneficios médicos: 50 días de contribución en el último año (25 días si el accidente es no ocupacional) o pensionista.	Beneficios monetarios: 50% de los ingresos más 10% del beneficio por cada dependiente. Una cantidad máxima de beneficio al día. Pagable después de 3 días de periodo de espera hasta 720 días o 1500 en caso de desempleo. Durante el primer mes el empresario paga la diferencia entre el beneficio monetario y los ingresos del trabajador.  Beneficio monetario por maternidad. 50% de los ingresos, más 10% del beneficio por cada dependiente, con una cantidad mínima. Pagable 56 días antes y 56 días después del alumbramiento.  Se paga también una cantidad fija por cada hijo.	Servicios médicos proporcionados directamente a los pacientes a través del Instituto de Seguridad Social. Incluye cuidados generales y de especialistas, cuidados en hospitales, sanatorios o enfermería a domicilio, medicinas, cuidados por maternidad o subvenciones, cuidados dentales, aparatos y transporte.  Los pacientes corren con el 25% de los costes farmacéuticos y de otros servicios ( prótesis, gafas, etc.) excepto la hospitalización.	Los mismos que para el trabajador asegurado.
H O L A N D A	Sistema de Seguro Social, beneficios monetarios y en especie	Cobertura obligatoria para los trabajadores y empleados que ganen menos de cierta cantidad al año y los pensionistas por jubilación que ganen menos de una cantidad inferior a la anterior .  Gastos médicos excepcionales para todos los residentes	Asegurados: 10,95% de los ingresos (1,10% para los beneficios en especie, 1% para los monetarios) y 8,85% para el seguro de gastos médicos excepcionales)  Empresario: 8,20% de las nóminas (incluye 7,25% de los beneficios en especie, y 0,95% para los monetarios)  Gobierno: cubre los costes de los suplementos necesarios para llevar los beneficios monetarios de enfermedad hasta el nivel de renta mínimo garantizado.  Existe un máximo a efectos contributivos a efectos beneficios monetarios, menor para los beneficios en especie y aún menor para los gastos médicos extraordinarios  Las anteriores contribuciones sirven	Beneficios en especie: los miembros de los fondos de enfermedad aprobados. No hay un periodo de contribución mínima para el seguro obligatorio.  Beneficio monetario: los totalmente incapaces para realizar su trabajo.	Para los de enfermedad, en los beneficios monetarios se paga el 70% de los ingresos hasta un máximo diario que coincide con el máximo de contribución. Pagable durante 52 semanas. Las primeras 6 semanas se pagan por el empresario (2 semanas para los pequeños empresarios).  Para los de maternidad: 100% de los ingresos pagables durante un total de 16 semanas	Los servicios se proporcionan por doctores, hospitales y farmacéuticos bajo contrato y pagados directamente por los fondos de enfermedad. Incluye cuidados de médicos generales y especialistas, hospitalización, servicios de laboratorio, medicinas , cuidados dentales limitados, cuidados de maternidad, aparatos, rehabilitación, y transporte.  El asegurado paga anualmente una tasa por alumno cubierto y una menor (algo menos de la mitad) por cada hijo. EL paciente participa en los costes de maternidad y hospitalización a largo plazo, cirugía plástica y	Los mismos que para los asegurados.  Compensación de maternidad: esposa de asegurado recibe los mismos beneficios que las aseguradas  Por fallecimiento: 100% de los ingresos cubiertos del mes en el que se produce y los dos siguientes pagables a los descendientes del trabajador asegurado.

			también para financiar los beneficios por incapacidad a corto plazo.			miembros artificiales, así como en el transporte (no si la renta está por debajo de un límite establecido).	
I R L A N D A	Doble: servicio social (beneficios monetarios) y universal para los beneficios en especie.	Monetarios: empleados de menos de 66 años. Exclusiones: ciertos empleados a tiempo parcial, autónomos, empleados públicos contratados antes del 6 de abril de 1995, y los empleados domésticos.  En especie: para todos los residentes.	Financiadas a través de las contribuciones para pensiones.  EL gobierno cubre los costes totales para los residentes de baja renta en el caso de beneficios en especie y parte de los costes para el resto de la población.	Monetarios de enfermedad: beneficio por incapacidad: hasta la edad de 66 y 39 semanas de contribuciones pagadas con 39 semanas pagadas o acreditadas en el último año (a menos que sea receptor de asistencia al desempleo a largo plazo o de subvención de prejubilación inmediatamente antes de reclamar los beneficios). Se exigen 260 semanas e contribución para percibir los beneficios durante más de un año.  Monetarios de maternidad: 39 semanas de contribuciones en los últimos 12 meses antes de la maternidad, o un total de 39 semanas pagadas en el último año. Cuidados de salud y seguridad se prestan a las trabajadoras embarazadas, las que acaban de dar a luz o están amamantando, o que no pueden continuar trabajando sin alto riesgo para su salud. También los trabajadores nocturnos tienen derecho al cobro de estos beneficios durante el embarazo y un periodo después del nacimiento cuando no hay trabajo alternativo por el día.  Servicios en especie: todos los residentes aunque limitados para los de renta moderada y alta	De enfermedad - beneficio de incapacidad por una cantidad con un periodo de espera de 3 días hasta 52 semanas, o más si tiene un total de 260 semanas de contribución o más. Beneficio reducido si es menor de 48 semanas el periodo de contribución acreditado.  Suplementos por dependientes, por adultos o hijos.  La pensión se reduce a la mitad y no hay suplementos por hijos a cargo si también se percibe subvención por padre soltero, viudo o por esposa abandonada.  De maternidad: mujer empleada 70% de los ingresos netos semanales, hasta una cantidad, con beneficio mínimo y máximo. Pagable durante 14 semanas, incluyendo de 4 a 10 antes de la fecha esperada del alumbramiento.  También hay una subvención de maternidad con prueba de medios de una cantidad al nacimiento del niño.  Y una cantidad para cuidados de salud y seguridad dependiendo del nivel de ingresos.	Toda una lista de servicios proporcionada libremente en clínicas públicas para los que tienen tarjeta médica ( prueba de medios) o con participación parcial en los costes para el resto. Los servicios incluyen cuidados dentro y fuera del hospital; servicios de especialista y de laboratorio; cuidados de maternidad y de infancia y tratamientos dentales, ópticos y auditivos. Medicamentos con receta gratis para los poseedores de tarjeta médica y con cobertura parcial de costes para el resto. Los servicios de ambulatorio también son gratis para los que no tienen tarjeta médica. Pagan una tasa que se aplica sólo a la primera visita por accidente o urgencia no recetada por un médico generalista y una cantidad por día, con un máximo al año por utilización de cama en hospital.	Los mismos que para el asegurado.
I S L A N D I A	Sistema universal  Beneficios médicos monetarios	Beneficios médicos monetarios y en especie. Todos los residentes que lo hayan sido durante 6 meses en el país o en otro de la EEA.  Los beneficios monetarios de maternidad, a todos los padres residentes cuando la madre lo haya sido durante los últimos doce meses en el país o en otro de la EEA	Asegurado: nada  Empresario: para los beneficios médicos nada, para los monetarios de maternidad: 2,5% a 6% de las nóminas.  Gobierno. Beneficios médicos 100%, para los monetarios de maternidad el coste restante	Beneficios médicos : los residentes cubiertos  Para los monetarios de maternidad: los residentes cubiertos más los padres empleados si no tienen una paga por paternidad.	Beneficios de enfermedad: una cantidad mínima más un suplemento por cada niño por debajo de 18 años.  Se paga el 100% para los que a causa de la enfermedad dejan un empleo a tiempo completo y la mitad para los que trabajan a tiempo parcial.  Se pagan después de un periodo de 15 días de tiempo de espera, siempre que la enfermedad haya durado al menos 21 días y la renta haya cesado. Los beneficios se pagan por un máximo de 52 semanas.  Beneficios de maternidad: a todas las madres una cantidad al mes durante 6 meses. Además a la madre trabajadora (también puede ser el padre después del primer mes) recibe una subvención diaria si trabajó un mínimo de 1.031 o 1.032 horas en los 12 meses precedentes. Se paga un mes adicional por niño si ha habido un embarazo múltiple y/o en caso de niños con enfermedades serias; por dos meses adicionales si es necesario para la salud y seguridad de la madre.	El paciente paga una cantidad según sea visita a domicilio o consulta con el doctor. Los pensionistas pagan 1/3 del copago.  Libre hospitalización en los hospitales públicos.  Libres medicinas para algunas enfermedades crónicas; para otras el asegurado paga una cantidad mínima. Libre también la estancia en salas de maternidad.  Tasas mínimas para rayos x y costes de viaje, cuidados dentales (los niños hasta los 17 años obtienen un 75% de reembolso, de 16 en adelante el 50%, y los pensionistas desde el 50% al 100% dependiendo de su renta)	Los mismos que el cabeza de familia.
I T A L I A	Doble: : de seguro social para los beneficios monetarios y sistema universal para los beneficios en especie	Beneficios monetarios: los empleados en el comercio (excepto gestores), y los asalariados en la industria y la agricultura. Los de maternidad se pagan a todos los empleados en el sector privado.  Beneficios en especie: para todos los residentes.	Asegurados : 1% de los ingresos hasta una cantidad anual, más una contribución de solidaridad de 0.8 de los ingresos desde la cantidad anterior hasta 2.5 veces más. El autónomo paga 5% de los ingresos con un mínimo anual (4% de contribución de solidaridad con un máximo superior al anterior). Las mujeres autónomas pagan una cantidad por la cobertura de la maternidad.  Empresario: enfermedad 10.6% de la nómina más la contribución de solidaridad del 2% ; para tuberculosis 2,01 de las nóminas	Beneficios monetarios: para los cubiertos en ese momento. Tuberculosis: un año de contribución.  En especie: no hay un periodo de cualificación mínimo.	Enfermedad: 50% de los ingresos durante los primeros 20 días; 66-2/3% después.  Pagable después de un periodo de espera de 3 días y hasta 180 días.  El beneficio por tuberculosis se paga mientras que se reciben cuidados institucionales, si está tratado durante 60 días o más, y hasta 2 años después del tratamiento por una cuantía del 50% de los ingresos, comenzando desde el 21 día hasta 180 días, y del 66.66% después (También se pagan subvenciones familiares	Servicios proporcionados por médicos y farmacéuticos bajo contrato y pagados directamente por el Servicio Nacional de la Salud, y por hospitales que son en su mayoría públicos.  Incluye cuidados de generales y especialistas, hospitalización, medicinas recetadas, cuidados dentales atención de comadrona o médico en el parto, aparatos especificados y	Los mismos que para los asegurados.  En el caso de tuberculosis en dependientes, el beneficio es reducido, aunque pagable bajo las mismas condiciones que para el asegurado.

			Gobierno: varios subsidios más una proporción de la contribución debida por los empresarios.  Mínimo de ingresos para contribuciones establecido en una cantidad o en el salario mínimo si es mayor, para los trabajadores en la industria. No hay un máximo		adicionales)  Maternidad: 80% de los ingresos, pagable desde dos meses antes hasta 3 meses después del alumbramiento. Se añaden 6 meses más para cualquier padre al 30% de los ingresos.  Hay espago por el paciente para ciertas medicinas y pruebas hospitalarias, suspendido para los sujetos de baja renta y los incapacitados.	tratamientos en balnearios.  Los cuidados por tuberculosis incluyen cuidados curativos y de convalecencia en sanatorios, cuidados después y rehabilitación.  Duración : sin limite	
J A P O N	Doble sistemas de seguro social. EL Seguro Nacional de Salud proporciona los servicios médicos y el Seguro de Salud de empleados los beneficios monetarios.	Seguro Nacional de Salud: todos los residentes que no están cubiertos por seguros de salud relacionados con el trabajo o planes especiales, están cubiertos por programas de los gobiernos locales.  Seguro de Salud de Empleados: empleados de empresas en la industria y el comercio (programas gestionados por el gobierno, a menos que sean miembros de la sociedad de seguros de salud). Cobertura voluntaria para otros empleados. Sistemas especiales para personas con 70 años o más, marineros, profesores de escuelas privadas, y empleados públicos.	Seguro Nacional de Salud:  Asegurados: Impuesto Nacional de Salud o prima fijada por asegurador individual  Empresario: nada  Gobierno: 50% del coste de cuidados médicos, coste de administración y algunos subsidios locales.  Seguro de Salud de Empleados:  Asegurados: 4.1% del salario básico, de acuerdo con 40 clases de salario. Prima especial: 0.3% de los beneficios.  Empresarios: 4.1% del salario básico . Prima especial : 0.5% de los beneficios del asegurado.  Gobierno: 13% del coste del beneficio, 16.4% del coste de los cuidados y atenciones a la salud de los ancianos, y el coste de administración (nada si es una sociedad de seguros). Subsidio especial 0.2% del coste del beneficio.  Salario básico máximo para efectos contributivos y de beneficio; también mínimo.	Seguro Nacional de Salud: (servicios en especie)residencia en un municipio o ciudad  Seguro de Salud de Empleados  (beneficios monetarios de enfermedad y de maternidad y servicios en especie); actualmente ocupados en ellas enfermedades cubiertas. Los beneficios continúan con normal duración si el beneficiario que deja el empleo estaba cubierto durante los últimos 12 meses.	Seguro Nacional de Salud: no hay beneficios monetarios proporcionados por la ley, pero si por algunos aseguradores.  Seguro de Salud de Empleados: beneficio de enfermedad 60% del salario diario básico en los últimos 6 meses, de acuerdo con el tipo de salario. Pagable después de un periodo de espera de 3 días hasta 18 meses. Las Sociedades de seguro pueden proporcionar más beneficios libremente.  Beneficio de maternidad: 60% del salario básico durante 42 días antes (70 días en caso de parto múltiple) y 56 días después del alumbramiento. Pago interrumpido o reducido parcialmente si están recibiendo un salario o un beneficio monetario de enfermedad. También una subvención por una cantidad fija por nacimiento.  Seguro de Salud de Empleados: el asegurado paga el 10% del coste total por cuidados, con un máximo también para la misma enfermedad. También paga la misma cantidad que en el anterior seguro en el caso de hospitalización para cubrir los gastos de alimentación	Los servicios están prestados por doctores, hospitales y farmacéuticos bajo contrato, y pagados directamente por el asegurado. Algunos proporcionan servicios directamente a través de sus propios hospitales) Incluyen tratamiento médico, cirugía, hospitalización, enfermería cuidados dentales y de maternidad (sólo partos difíciles), medicinas y transporte.  Seguro Nacional de Salud. El asegurado paga el 30% del coste total de los cuidados, con una cantidad máxima al mes para la misma enfermedad. Sin límite de duración. EN el caso de hospitalización también se paga una cantidad por día que es menor si pertenece a una familia de baja renta, y que se destina a gastos de alimentación. Provisiones especiales para los que tienen 70 años o más o que están entre 65 y 70 postrados en cama. Estos pagan una cantidad menos por día en caso de hospitalización.  Seguro de Salud de Empleados: el asegurado paga el 10% del coste total por cuidados, con un máximo también para la misma enfermedad. También paga la misma cantidad que en el anterior seguro en el caso de hospitalización para cubrir los gastos de alimentación	Seguro Nacional de salud: beneficios médicos igual que los asegurados.  Seguro de Salud de Empleados beneficios igual que para el asegurado, pero el paciente paga el 30% del coste (20% si es hospitalizado) hasta una cantidad por mes.  Subvención pro funeral: salario básico de un mes, con una cantidad mínima.
L U X E M B U R G O	Sistema de seguro social. Beneficios monetarios y en especie	Empleados y beneficiarios de la seguridad social.  Sistemas especiales para los autónomos, artesanos y agricultores. Acceso voluntario en los fondos de enfermedad para aquellos no cubiertos de forma obligatoria.	Asegurados: 4.5% (asalariados), o 2.57% (empleados) 2.5% (pensionistas)  Empresarios: Igual que los asegurados. E igual que los pensionistas las instituciones de seguros de pensiones.  Gobierno: porcentaje variable según los programas de seguridad social, coste total en el caso de las subvenciones de maternidad.  Existe un máximo de ingresos a efectos contributivos.	Beneficios monetarios y en especie: miembros de los fondos de enfermedad.  Beneficios monetarios de maternidad: miembros de un fondo 6 meses en el año anterior al alumbramiento ( no hay un periodo mínimo de espera para los beneficios en especie).  Subvención de maternidad: para los que no tienen acceso a los beneficios en especie. Se exige la residencia y un examen médico antes y después del nacimiento.	Beneficio monetario de enfermedad: 100% de los ingresos, de los fondos de enfermedad desde el primer día de ausencia.  Beneficio monetario de maternidad: 100% de los ingresos pagable durante 8 semanas antes y 8 después del alumbramiento (12 semanas si hay complicaciones, partos múltiples o si la madre cuida al niño)Ausencia de 8 semanas en el caso de adopción de un niño.  Subvención de maternidad : una cantidad fija pagable durante 16 semanas.	Libre elección de proveedor de servicio. Servicios proporcionados por doctores y hospitales bajo contrato, con acuerdo colectivo de las tasas de los servicios. Incluye cuidados de medicina general y de especialistas, hospitalización, servicios de laboratorio, cuidados de maternidad, cuidados dentales, aparatos, medicinas, transporte y curas. Participación del asegurado en los costes : 20% en las medicinas, 5% en las consultas, 20% por visita a casa, 20% por cuidados dentales y una cantidad al día por hospitalización.  Reembolso por medicamento: 40-80% del coste; enfermedades severas: 100%	Igual que para el asegurado.
M E J I C O	Sistema de seguro social. Beneficios monetarios y en especie	Igual que las pensiones de vejez. Cobertura continúa por 8 semanas para los trabajadores que han perdido su empleo si prueban que tiene n 8 semanas de contribución consecutiva	Asegurado: 3,1255 de los ingresos  Empresario: 8,7505 de las nóminas  Gobierno: 0,6255 de las nóminas.  Cantidad máxima a efectos contributivos y de beneficios: 25 veces el salario mínimo en el Distrito Federal.  Mínimo: 100% del salario mínimo en la región	Beneficios monetarios: 4 semanas de contribución inmediatamente antes de la enfermedad. Para trabajadores eventuales, 6 semanas de contribución durante los últimos 4 meses.  Beneficios monetarios de maternidad: 30 semanas de contribución por mujer asegurada durante los últimos 12 meses  Beneficios médicos: actualmente asegurado, pensionista o	De enfermedad: 60% de los ingresos medios  Beneficio mínimo: 60% del salario mínimo; beneficio máximo: 60% de los ingresos. Pagable después de un periodo de espera de 3 días hasta un máximo de 52 semanas; puede ampliarse a 78 semanas.  De maternidad: 100% de los ingresos medios, pagable durante 42 días antes y 42 días después del parto ( si no puede trabajar 42 días después, puede entrar en el beneficio por enfermedad).  Subvención por cuidados infantiles: asistencia en especie, pagable hasta seis meses después del	Servicios médicos ordinarios proporcionados directamente a los pacientes a través de los servicios de salud del Instituto de Seguridad Social. Incluye cuidados de contribución durante los especialistas, cirugía, de maternidad o cuidados de convalecencia en el hogar, medicinas, servicios de laboratorio, cuidados dentales y aparatos. Pagable durante 52 semanas, que puede extenderse hasta 104 semanas	Igual que para los asegurados incluyendo los de maternidad para la mujer del asegurado, y servicios médicos para los dependientes hasta los 16 años (25 si son estudiantes, sin edad para los mineválidos) y para otros dependientes.

				dependientes legales	parto. También se entrega canastilla.		
N U E V A Z E L A N D A	Doble: universal y sistema de seguro social.	Beneficio monetario: personas empleadas o de renta limitada.  Beneficios de maternidad: mujer soltera  Beneficios médicos: todos los residentes	Asegurados: nada  Empresarios: nada  Gobierno: coste total financiado con los ingresos generales.	Beneficios monetarios y de maternidad: a partir de los 16 años, 12 meses de residencia; prueba de renta. Persona casada entra en el sistema sólo si el cónyuge no puede proporcionar el soporte necesario.  Beneficios médicos: residencia ordinaria o intención de permanecer dos años; no hay prueba de rentas	Beneficios de enfermedad, con prueba de renta: hasta una cantidad a la semana para los adultos solteros; mayor si están casados y menor para los menores de 18 años no dependientes. Beneficio reducido para los que exceden de cierta cantidad de renta. Hay un beneficio máximo.  Se paga después de un periodo de espera de 14 días y durante la duración de la incapacidad.  Beneficio de maternidad ( con prueba de renta); pagable a la mujer soltera embarazada según el porcentaje del beneficio de enfermedad , 3 meses antes y después del alumbramiento a menos que se extienda por razones médicas  Los subsidios de salud se aplican a los de baja renta y a los que usan con intensidad los cuidados médicos.	Servicios libres que incluyen cuidados en hospitales públicos, maternidad y la mayoría de servicios de laboratorio. Los cuidados en los hospitales privados no reciben subvenciones. Las medicinas con receta se financian a varios niveles según la renta. Las familias con bajo nivel de renta tienen derecho a una Tarjeta que reduce los costes de sus recetas hasta una cantidad por artículo. Una vez que la familia ha consumido o 20 artículos por año, no pagan nada los que tiene tarjeta y los que no siguen pagando una cantidad  Los subsidios de salud se aplican a los de baja renta y a los que usan con intensidad los cuidados médicos.	Igual que para el cabeza de familia, con subsidios especiales para los de baja renta o aquellos que necesitan cuidados médicos intensivos.
N O R U E G A	Sistema de seguro social. Beneficios monetarios y en especie	Beneficios médicos: todos los residentes, incluyendo los marineros extranjeros que sirven en barcos noruegos.  Beneficios monetarios: Empleados y autónomos con renta no inferior a la mitad de la cantidad base. Este límite de renta no afecta a la obligación de los empresarios de pagar los beneficios monetarios durante las dos primeras semanas.  Disposiciones especiales para marineros, personal militar, y (para los monetarios) los marineros, trabajadores eventuales y parados temporales	Las contribuciones para las pensiones de vejez también financian estas prestaciones.  Además el empresario tiene que pagar el coste entero de los beneficios monetarios durante las dos primeras semanas.  No hay un máximo de ingresos a efectos contributivos	Beneficios monetarios: 14 días de empleo o autónomos.  Beneficios de maternidad: 6 meses de empleo o autónomos durante los pasados 10 meses.  Subvenciones de maternidad: madres aseguradas que no pueden acceder a los beneficios monetarios.	Enfermedad: 100% de los ingresos cubiertos, pagable desde el primer día de incapacidad hasta las 52 semanas, a partir de ahí se cubre por la pensión de incapacidad. Máximo de ingresos para beneficios: 6 veces cantidad base.  Autónomos 65% de los ingresos cubiertos después de 14 días de periodo de espera ( voluntariamente se pueden asegurar por el 100% de los ingresos y/o por un periodo inferior de espera). Iguales porcentajes para los de empleo eventual y paro temporal.  Para el cuidado de niños menores de 12 años: padre o madre 20 días al año cada uno (padres solteros 40 días). Si el niño tiene menos de 16 años y tiene una enfermedad potencialmente mortal, el padre puede tener una baja de 780 días.  Maternidad: 100% de los ingresos cubiertos durante 42 semanas, alternativamente 80% durante 52 semanas. Si la madre vuelve al trabajo el padre puede cuidar al niño con los mismos porcentajes.  Subvención de maternidad (dando a luz en casa) y si no recibe el beneficio de maternidad la cantidad es superior (también se paga en caso de adopción), tienen también una cantidad mayor las viudas, las divorciadas, separadas, o madres solteras.	Devolución de todo o parte de los gastos médicos; o servicios entregados por proveedores bajo contrato. Incluye parte de las tarifas de los médicos ( el paciente paga una cantidad por consulta en la mayoría de los casos) cuidados gratis en hospitales públicos, el paciente paga el 30% de los costes de una lista de medicinas esenciales (hasta una cantidad máxima por receta); servicios de laboratorio ; y transporte en exceso de una cantidad por viaje.  Se establece un techo para las cantidades que por año puede pagar el paciente, cuando se alcanza, el paciente puede tener tratamiento gratis por el resto del año.  Pensión reducida desde el segundo mes de cuidado institucional, beneficio de enfermedad desde el cuarto mes.	Asegurados por su propio derecho ya que la cobertura se basa en la residencia
P O R T U G A L	Sistema de seguro social. Beneficios monetarios y en especie	Beneficios médicos: todos los residentes  Beneficios monetarios: empleados y autónomos. Seguro voluntario para personas no cubiertas por otro programa contributivo	Financiado conjuntamente por el sistema de pensiones de vejez	Monetarios: 6 meses de seguro, incluyendo 12 días de contribución en los 4 meses antes de la enfermedad.  Maternidad: 6 meses de contribución.	Monetarios: 65% de los ingresos en los últimos 6 meses (80% a 100% si está hospitalizado por tuberculosis). EL beneficio sube al 70 % de los ingresos en el caso de enfermedad o largo plazo (al menos 365 días)  Pagable después de 3 días de periodo de espera (no en caso de hospitalización), hasta 1095 días ( sin límite en el caso de tuberculosis); a partir de ahí se cubre por la pensión de incapacidad.  Beneficio mínimo de enfermedad: 30% del salario mínimo.  Maternidad: 100% de la media de los ingresos durante los últimos 6 meses, pagable 90 días antes y 60 días después del alumbramiento.  Beneficio de maternidad mínimo: 50 % del salario mínimo.	Servicios médicos proporcionados directamente a los pacientes por centros de salud y hospitales. Incluye cuidados generales y de especialistas, maternidad, hospitalización , cirugía, y un listado de medicinas.  Los servicios se proporcionan mientras se necesitan con alguna participación del paciente	Igual que el trabajador asegurado.

S U E C I A	Doble: de seguro social para los beneficios monetarios y universal para los beneficios en especie	Beneficios monetarios: Personas empleadas que ganan más de cierta cantidad al año, y parados registrados (en lugar de los beneficios de desempleo durante la enfermedad); Cubiertos durante el traslado al extranjero cuando la duración del trabajo no es mayor de un año. Extranjeros empleados en Suecia por empresas extranjeras si el trabajo dura más de un año.  Beneficios médicos: para todos los residentes	Asegurados: beneficios monetarios: empleado 2,95% de los salarios; autónomos 9,12% de los salarios (menor porcentaje si se elige un mayor período de espera). Para los beneficios médicos no hay contribución.  Empresario: beneficios monetarios: 6,23% de las nóminas; cuidados médicos: no hay contribución.  Gobierno: Beneficios monetarios: 15% del coste; beneficios médicos: coste total por concejo regional.	No hay un período de cualificación mínimo. Cuando están cuidando un niño cualquier padre puede acceder al beneficio monetario de enfermedad.  Beneficio monetario de maternidad (beneficios monetarios de los padres): cada padre puede acceder a los beneficios si está asegurado al menos 240 días antes del nacimiento.  Beneficio monetario de embarazo: para las mujeres embarazadas empleadas en trabajos físicos cuando el empresario no puede trasladarla a otro tipo de trabajo.	Beneficio de maternidad: 80% de la pérdida de renta desde el 15 día hasta los 365; 70% desde el 366 en adelante; con una base de renta de hasta 7,5 veces la cantidad base. EL empresario paga los días 2 a 3 al 75% de la pérdida de renta, y los días 4 a 14 al 90%; para los autónomos y otros no cualificados: 65% de la pérdida de renta desde los días 2-3 y el 70% desde el día 4 en adelante).  Hay un máximo de beneficio diario. Los beneficios están sometidos a imposición.  Beneficios monetarios para los padres (por nacimiento de hijo): Reemplaza el 90% de la pérdida de renta durante los primeros 60 días, 80% durante los 300 días siguientes y una cantidad fija al día después. Los beneficios se pagan hasta 450 días (por niño) hasta que el niño tenga 8 años (los dos padres combinados).  Los beneficios están sujetos a imposición.  Beneficio monetario por embarazo: igual que el de enfermedad, pagable durante 50 días, no antes de 60 días ni después de 10 días antes del parto.  Beneficio temporal: cuidado de niños con menos de 12 años (16 si tienen enfermedades crónicas o están incapacitados): parecido al de enfermedad, pero se paga el 80% de la renta en los primeros 14 días, y después el 90%. Pagable durante 60 días por niño y por año (ambos padres combinados, incluyendo 10 días para el padre por el nacimiento del hijo) por enfermedad del hijo.  60 días adicionales por cada niño por enfermedad de estos.  Ajuste anual de los beneficios en la medida en la que se ajusta la cantidad base	Por consulta al doctor el paciente paga una cantidad que se incrementa si la visita es a domicilio. Hospitalización en una sala de hospital público, el paciente paga una cantidad máxima al día (reducida para los de baja renta); devolución de parte de los costes de viaje; cuidado dental gratis para los niños hasta 18 años, otros pacientes pagan una cantidad que varía en función del coste; medicinas gratis para algunas enfermedades crónicas, otras pagan una cantidad por la primera receta y otra menor por las siguientes; no hay coste para determinados aparatos.  Los pensionistas pagan una cantidad máxima inferior por día de hospitalización (limitada a 1/3 de la pensión recibida).	Igual que para el cabeza de familia
S U I Z A	Mixto: sistema de seguro social obligatorio y voluntario	Miembros de los fondos de seguro de enfermedad (proporcionan beneficios médicos principalmente) Esos fondos pueden exigir requisitos de edad. Los miembros de un fondo son generalmente obligatorios, especialmente para los residentes con renta por debajo de un mínimo especificado (aproximadamente le 25% de los residentes). El resto puede acceder de forma voluntaria.  Aproximadamente el 99% de la población pertenece a un fondo de enfermedad y tienen cobertura médica y farmacéutica.	Asegurados: las tarifas varían entre fondos y de acuerdo con los beneficios por asegurado, cubriendo aproximadamente el 75% del coste, como media.  Empresario: nada, por ley (algunos acuerdos colectivos exigen al empresario participar en las tarifas de sus empleados).  Gobierno: Subsidios federales y cantonales para todos los fondos aprobados, en función de los miembros y de los beneficios; subsidios especiales por maternidad, tuberculosis, residentes en la montaña e incapacitados. También otorgan subsidios los Cantones y los Ayuntamientos. Los subsidios cubren aproximadamente el 13 % de los costes totales médicos	Beneficios médicos: los fondos pueden exigir tres meses como miembros.  Beneficios de maternidad. Hasta nueve meses sin interrupción de más de 3 meses, de acuerdo con el fondo.  Pagable después de un período de espera no superior a 3 días (o menor según opción local) hasta 720 días en un período de 900 días consecutivos según se fije en los fondos individuales.  Pagable por 1800 días en 7 años para la tuberculosis.  Beneficio de maternidad: beneficio ordinario de enfermedad, pagable hasta 10 semanas, incluyendo al menos 6 semanas después del parto.  Asegurado al menos 270 días antes del parto, con no más de tres meses de interrupción.  Subvención de una cantidad para cuidados infantiles	Beneficio de enfermedad: un mínimo federal aplicable a todos los fondos.  Los beneficios mayores dependen del fondo y del tipo al que se asegurado cada uno.  Pagable después de un período de espera no superior a 3 días (o menor según opción local) hasta 720 días en un período de 900 días consecutivos según se fije en los fondos individuales.  Pagable por 1800 días en 7 años para la tuberculosis.  Beneficio de maternidad: beneficio ordinario de enfermedad, pagable hasta 10 semanas, incluyendo al menos 6 semanas después del parto.  Asegurado al menos 270 días antes del parto, con no más de tres meses de interrupción.  Subvención de una cantidad para cuidados infantiles	Beneficios ordinarios proporcionados por doctores, hospitales y farmacéuticos bajo contrato y a menudo pagados directamente por los fondos de enfermedad.  Beneficios que obligatoriamente deben proporcionar los fondos (mínimo federal): Tratamiento por doctor en servicio ambulatorio o en hospital, cuidados de maternidad, medicinas recetadas y servicios de laboratorio y contribuciones diarias para el coste de hospitalización e hidroterapia.  Algunos fondos también proporcionan otros beneficios opcionales.  Los fondos pueden exigir a los pacientes pagar hasta un 10%, en términos medios, de los gastos médicos y farmacéuticos. No hay participación en los costes de hospitalización, de maternidad, o cuidados de tuberculosis. Duración: sin límite, excepto para la hospitalización y la tuberculosis.	Reciben los mismos beneficios por propio derecho si son miembros de los fondos. En otro caso no son beneficiarios aunque los sea el cabeza de familia.
T U R Q U I A	Sistema de seguro social. Beneficios médicos monetarios y en especie.	Empleados en la industria, comercio y sector servicios. Pensionistas y dependientes también cubiertos por beneficios médicos. Sistema especial para los empleados públicos y trabajadores agrícolas	Asegurados: 5% de los ingresos (aprendices 2%)  Empresario: 6% de las nóminas (aprendices 2%). Maternidad 1% de las nóminas.  Gobierno: nada.  Máximo y mínimo de ingresos a efectos de contribución y beneficios: igual que los de pensiones e incapacidad.	Beneficios de enfermedad monetarios: 120 días de contribuciones durante los últimos 12 meses.  Beneficios monetarios de maternidad y beneficios en especie médicos: para los beneficios médicos al persona debe estar cubierta o ser un pensionista. Para los cuidados médicos de dependientes se exigen 120 días de contribución durante los últimos 12	Beneficios de enfermedad: internos en hospital: 50% de los ingresos; no internos: 65-2/3% de los ingresos. Se paga después de un período de dos días de espera (no para los pensionistas), normalmente durante 6 meses, a veces hasta 18 meses.  Beneficios de maternidad 66-2/3%, pagable hasta 6 semanas antes y 6 después del alumbramiento.  Subvención por niños: una cantidad por cada hijo del asegurado.	Proporcionados directamente a los pacientes a través de la Seguridad Social. Los asegurados participan en el 20% (10% los pensionistas) del coste de las medicinas para consumo fuera del hospital, excepto si son tratamientos a largo plazo. Incluye cuidados generales y de especialistas, hospitalización, servicios de laboratorio, medicinas, cuidados de maternidad, aparatos y transporte.	Los mismos que los del asegurado

				meses. Para los de maternidad, 90 días de contribución ( mujeres) o 120 días (marido) durante los últimos 12 meses			
R E I N O U N I D O	Seguro social de los beneficios monetarios y universal para los beneficios en especie.	Beneficios de enfermedad: personas empleadas cuyos ingresos están por encima de una cantidad. Y los autónomos que satisfacen ciertas condiciones., pero que no pueden acceder al "statutory sick pay" El beneficio de enfermedad e incapacidad también lo reciben los parados si satisfacen las condiciones contributivas.  Statutory sick pay: pagado por los empresarios a los empleados que ganan más de una cantidad a la semana.  Subvenciones de maternidad: personas empleadas que ganan más de la cantidad antes mencionada que satisfacen las condiciones de contribución pero que no pueden acceder al Statutory Maternity Pay.  Statutory Maternity Pay: pagado por el empresario a la mujer con una media de ingresos superior a la anterior cantidad.  Beneficios médicos : todos los residentes.	Asegurados: beneficio de enfermedad/incapacidad y subvención de maternidad se financian con los pagos para las pensiones de vejez.  Igual para el empresario, pero también pagan una parte del coste del statutory sick pay y maternity pay.  Gobierno: parte de los costes del statutory sick pay y maternity pay ; y de los beneficios en especie (National Health Service), cubre el 85% del coste  Beneficio de incapacidad (a corto plazo)reemplazó al beneficio de enfermedad a partir del 13 de abril de 1995: requisitos de contribución, los mismos que el beneficio de enfermedad. Empleados, autónomos, parados menores de 65 (hombres), 60 (mujeres), que no reciben el statutory sick pay del empresario por la última enfermedad por al menos 4 días consecutivos.  Statutory sick pay al menos 4 días consecutivos de enfermedad en un periodo de incapacidad para trabajar, empleados con menos de 65 años.  Subvención de maternidad: contribuciones pagadas en 26 semanas en un periodo de 66 semanas anterior al parto; y que no reciban el statutory maternity pay del empresario.  Statutory maternity pay: empleo durante 26 semanas continuadas por el mismo empresario incluyendo la 15 semana anterior al parto  Para los beneficios en especie no hay un periodo mínimo de cualificación.	Beneficios de enfermedad: 26 semanas de contribución pagada antes de abril de 1975 o contribuciones sobre ingresos de al menos 25 veces el menor límite de los ingresos en cualquier año fiscal, más contribuciones pagadas o acreditadas sobre ingresos de al menos 50 veces el menor de los ingresos en los últimos dos años fiscales.  Beneficio de incapacidad ( a corto plazo)reemplazó al beneficio de enfermedad a partir del 13 de abril de 1995: requisitos de contribución, los mismos que el beneficio de enfermedad. Empleados, autónomos, parados menores de 65 (hombres), 60 (mujeres), que no reciben el statutory sick pay del empresario por la última enfermedad por al menos 4 días consecutivos.  Statutory sick pay al menos 4 días consecutivos de enfermedad en un periodo de incapacidad para trabajar, empleados con menos de 65 años.  Subvención de maternidad: contribuciones pagadas en 26 semanas en un periodo de 66 semanas anterior al parto; y que no reciban el statutory maternity pay del empresario.  Statutory maternity pay: empleo durante 26 semanas continuadas por el mismo empresario incluyendo la 15 semana anterior al parto  Para los beneficios en especie no hay un periodo mínimo de cualificación.	Beneficio de enfermedad: una cantidad por asegurado, con suplementos para esposa dependiente, marido o adulto que cuide de niño o niños, pagable después de un periodo de espera de 3 días durante un periodo máximo de 28 semanas. Después se paga el beneficio de invalidez.  Beneficio de incapacidad ( a corto plazo) reemplazó al beneficio de enfermedad a partir del 13 de abril de 1995: se paga una cantidad en función de las semanas de enfermedad con suplementos por adultos y niños dependientes. Después de un periodo de espera de 3 años.  Statutory sick pay una cantidad a la semana pagable hasta 28 semanas de incapacidad después de un periodo de 3 días de espera..  Subvenciones de maternidad: pagable hasta 18 semanas comenzando en cualquier momento desde la 11 semana anterior a la fecha esperada para el alumbramiento  statutory maternity pay: 6 semanas al 90% de la media de los ingresos, después hasta las 12 semanas una cantidad a la semana. Se paga en cualquier momento desde la 11 semana anterior a la fecha del parto.  Existen subvenciones con prueba de renta para ayuda familiar.	Servicios médicos proporcionados por doctores y dentistas con contrato y pagados directamente por el Servicio Nacional de Salud, y por hospitales públicos. Incluye los cuidados de medicina general, de especialistas, hospitalización, maternidad, cuidados dentales, medicinas, aparatos, atenciones de enfermería a domicilio y planificación familiar. Los pacientes pagan el 80% del coste de cualquier cuidado dental hasta una cantidad. También pagan una cantidad por cada receta. Los que reciben ayudas familiares y sus dependientes, mujeres embarazadas y madres criando están exentos de estas cargas. Los que están en la edad de percibir pensiones de vejez y otros grupos están exentos de los recargos por recetas, así como otros grupos.  Duración: sin límite	Los mismos que para el cabeza de familia.
ESTADOS UNIDOS	Sistema de seguro social	Beneficios monetarios: empleados en la industria y el comercio en 6 jurisdicciones. La mayoría de los trabajadores agrícolas, excepto en Nueva York. Los autónomos en California pueden acceder al sistema.  Se permiten contrataciones, excepto en Rhode Island (No hay programas en los otros 45 Estados)  Beneficios en especie: hospitalización: personas que pueden acceder a una pensión de vejez, incapacitados durante más de 2 años y personas con enfermedades de riñón crónicas. Hay otros servicios médicos disponibles a través de sistemas voluntarios.  Hay sistemas nacionales especiales para empleados de ferrocarriles (para beneficios monetarios) y un Sistema Federal para servicios médicos a los indigentes ( beneficios	Asegurados: hospitalización, 1.45% (autónomos 2.9%), pagados por todos los trabajadores que están cubiertos por la pensión de vejez, incapacidad y muerte, más algunos empleados federales. Para otros servicios médicos los pensionistas pagan una cantidad al mes. Para los beneficios monetarios, hasta 1.2% de los ingresos gravables según el Estado.  Empresario: hospitalización: 1.45% de la nómina. Para otros servicios médicos, nada. EN los beneficios monetarios, contribuciones variables en Hawaii, New Jersey, New York (0.5% de la nómina en Puerto Rico).  Gobierno: el coste de los beneficios de hospitalización para ciertas personas de edad no especializados. Costes no cubiertos para los seguros voluntarios para otros servicios médicos.  No hay un máximo de ingresos a efectos contributivos, aunque sí a efectos de los beneficios monetarios.	Beneficios monetarios: un mínimo de salario asegurado en el último año, unas semanas de ingreso en el último año (4-20), o combinación de condiciones.  Beneficios en especie: hospitalización para pensionistas tener 65 años o más, incapacitados de al menos 2 años, o que sufren enfermedades crónicas de riñón.  Otros servicios médicos establecen requisitos de hospitalización para pensionistas tener 65 años o más, incapacitados de al menos 2 años, o que sufren enfermedades crónicas de riñón.  Beneficio de maternidad: Igual que los beneficios monetarios de enfermedad .	Beneficio de enfermedad: 75% de los ingresos (Rhode Island) 66 2/3% (Hawaii) 53% ( New Jersey). Una proporción variable de los ingresos al año o al trimestre (California, New York y Puerto Rico). Sólo en Rhode Island, un suplemento a la semana por niño hasta los 4 años .  Beneficio máximo a la semana.  Pagable después de un periodo de espera de 7 días (suspendido en California y Puerto Rico desde la fecha de la hospitalización) hasta 52 semanas.  Beneficio de maternidad. Igual que los beneficios monetarios de enfermedad .	Servicios de proveedores pagados directamente por las aseguradoras, o devoluciones a los pacientes de parte de los servicios médicos.  Hospitalización: los cuidados se proporcionan por estancias de hasta 90 días, siendo el beneficiario responsable de unas cantidades. Para estancias mayores de 90 días hay una cobertura de 60 días durante la vida.  Se proporcionan cuidados después de las hospitalizaciones durante 100 días; servicios de laboratorio y rayos X para pacientes hospitalarios .  Otros servicios médicos pago del 80% de costes por encima de una cantidad por servicios de médicos , diagnósticos y terapia física, servicios de laboratorio, aparatos y transporte.	Disponible si tiene la edad de 65 años y satisface otros requisitos o tiene enfermedades de riñón crónicas.  Hospitalización: igual que para el trabajador asegurado.  Otros servicios médicos: igual que par los trabajadores.

en especie)

Fuente: Social Security Programs throughout the World. (1995) y elaboración propia.

## EL SEGURO MÉDICO PÚBLICO EN LA UNIÓN EUROPEA (1)

PAISES	ORGANIZACIÓN	HOSPITALES	PRESTACIONES	PARTICIPACIÓN EN LAS TASAS MÉDICAS	HOSPITALIZACIÓN
BELGICA	Médicos inscritos en la Ordenanza de Médicos.  Honorarios fijados por convención entre los organismos aseguradores y organizaciones de médicos, o, en defecto, fijados por la autoridad.	Establecimientos concertados por el Ministerio de Salud Pública. Tarifas fijadas por convenios, o en su defecto por poderes públicos.	Libre elección del médico.  Avance de los honorarios por el asegurado o el que paga. Reembolso a las tarifas convenidas .  Pago de prestaciones hospitalarias directamente por el organismo asegurador	La participación del asegurado no debe ser superior al 25% para la medicina general. En algunos casos alcanza el 40%. Se suprime para las prestaciones técnicas. Se establece un a cantidad en función de los ingresos por debajo de la cual el servicio es gratuito. Sólo se excluyen de ella los medicamentos.  Régimen preferente para inválidos, pensionistas, viudas y huérfanos cuyas rentas sean inferiores a una cantidad	Libre elección entre los hospitales concertados.  Reembolso integral ( en habitación compartida). Participación del asegurado por día, que se modifica en función del periodo de estancia.  Intervenciones proporcionales para casas de reposo para ancianos, domicilio o residencia común, casas de reposo, casas de cuidados de psiquiatría.
DINAMARCA	Todos los médicos habilitados para ejercer (número limitado en cada distrito en función del número de habitantes)  Honorarios convenidos entre la organización de médicos y el seguro público de salud. Se calculan en función de los pacientes inscritos y los actos médicos realizados. Los especialistas obtienen un porcentaje por acto médico realizado.	Públicos: establecidos por las autoridades regionales de sanidad.  Privados: las autoridades regionales pueden establecer convenios con algunos hospitales privados .	Categoría I : libre elección (1 vez cada 6 meses) entre los médicos concertados del distrito. No hay que pagarle honorarios al médico elegido.  Categoría II: libertad de elección, pero una parte de los honorarios recae sobre el asegurado	Categoría I : ninguna participación  Categoría II: parte de las remuneraciones que exceden la cantidad soportada por el sector público en la categoría I	Libre elección de los hospitales públicos regionales  Hospitales públicos y establecimientos privados convenidos: ninguna participación.  Establecimientos privados no concertados: los pacientes pagan toda la cantidad. Si el hospital público prescribe la hospitalización privada, ninguna participación
ALEMANIA	Médicos contratados agrupados en "asociaciones de médicos de caja" bajo un plan regional y nacional. Eventualmente, médicos de hospitales.  Retribución global a la asociación de médicos, o bien: <ul style="list-style-type: none"> <li>cantidad fija o porcentual por acto médico.</li> <li>porcentaje per capita</li> <li>combinación de los anteriores</li> </ul> La asociación reparte la remuneración global entre los médicos en función de un baremo	Las cajas de enfermedad efectúan cuidados periódicos en las clínicas universitarias y en hospitales reconocidos en el cuadro de un plan de asistencia del Land o a través de un contrato de cuidados médicos (hospitales añadidos). Las tarifas de hospitalización se negocian	Libre elección entre los médicos que participan en las cajas de medicinas.  No se pagan honorarios por los asegurados, los pagos se hacen por la asociación de médicos de las cajas.  Los asegurados voluntarios pueden durante la duración de su contrato de seguro recibir el reembolso de las tarifas en lugar de las prestaciones	Ninguna participación, salvo para masajes, baños y gimnasia prescritas para tratamiento médico. Participación del 10%, salvo para niños y casos sociales.	Hospitalización gratuita en habitación común, a excepción de una participación de una cantidad diferente según los Land, antiguos o nuevos, por días, durante 14 como máximo.  Duración de las prestaciones: en principio ilimitadas
GRECIA	Médicos contratados por la institución de seguro. (IKA) y remunerados por la misma.	Hospitales públicos y clínicas privadas concertadas y hospitales del IKA	Se impone la elección del médico. EL asegurado se dirige al médico del Instituto local de la caja de seguro. No se pagan tasa por el asegurado.	Ninguna participación	EL asegurado tiene derecho a hospitalizarse en un hospital público, en una clínica concertada designada por la caja de seguros o en un hospital IKA. No se cobra ninguna tasa a los asegurados en el caso de hospitalización.
ESPAÑA	Los Servicios Públicos de Salud nombran los médicos en los puestos vacantes según concurso.  Los de medicina general y los especialistas se remuneran, en general, sobre una base porcentual que tiene en cuenta el número de asegurados inscritos en cada uno ( lo que les asegura unos ingresos mínimos)  Los médicos de hospitales reciben en general complementos a sus mensualidades	Hospitales de los Servicios Públicos de Sanidad.  Hospitales públicos o privados concertados con el Instituto Nacional de la Salud	Libre elección del médico de cabecera, del pediatra, en la región, siempre que no tenga ya cubierto su número de inscripciones .  En determinadas especialidades existe la posibilidad de elección de especialista en las consultas externas del hospital de área o en los dependientes del mismo  No se pagan honorarios	Ninguna participación	Hospitalización para intervención quirúrgica: totalmente gratuita.  Otros tipos: autorización acordada por la organización o por el médico, debido a que se trata de enfermedades contagiosas, o si el estado o conducta del paciente exige un seguimiento continuado.

FRANCIA	<p>Todos los cualificados para ejercer</p> <p>Honorarios fijados por convención nacional o por acuerdos interministeriales.</p> <p>Posibilidad de sobrepasar las tarifas por médicos que ejercen en el sector de "honorarios libres" o que han adquirido una calificación particular antes de 1980.</p>	<p>Públicos: tarifas fijadas por los poderes públicos.</p> <p>Privados: después de un acuerdo con la comisión regional y con las cajas.</p>	<p>Libre elección del médico. Avance por el asegurado de los honorarios. Reembolso sobre la base de una tarifa establecida.</p>	<p>30% en los honorarios de los médicos</p> <p>25% en las consultas externas en establecimientos hospitalarios.</p> <p>20% en los cuidados otorgados en el curso de una hospitalización.</p> <p>Participación excluida sólo en el caso de ciertas afecciones</p>	<p>Libre elección entre los establecimientos hospitalarios públicos y privados concertados.</p> <p>Participación del asegurado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>en general 20%</li> <li>No a partir del 31 día de hospitalización y por actos superiores a cierta cantidad</li> <li>Porcentaje hospitalario: una cantidad por día incluyendo el de salida</li> <li>Duración: en principio sin limitación con acuerdo de la caja de afiliación.</li> </ul>
IRLANDA	<p>Médicos que participan en el servicio de salud con un contrato supervisado por el Ministerio de Sanidad y la Asociación Irlandesa de Médicos.</p> <p>Reciben honorarios per capita según el baremo fijado en acuerdo con la Asociación Irlandesa de Médicos.</p>	<p>Hospitales que son dirigidos por las autoridades regionales de la salud o por órdenes religiosas.</p> <p>Los hospitales privados no proporcionan cuidados públicos.</p>	<p>Las personas que pueden acceder plenamente al sistema puede elegir el médico a partir de una lista de los médicos de la región.</p> <p>Los honorarios de los médicos se pagan por la comisión local de la salud. Los que no pueden acceder plenamente al sistema se dirigen al médico de su elección y le pagan directamente.</p>	<p>Medicina general: no los que tienen derecho, los que no lo tienen pagan la totalidad de los costes, salvo en el caso de enfermedad o incapacidad de larga duración.</p> <p>Especialistas: los otorgados en hospitales son gratuitos</p>	<p>Los beneficiarios de una protección completa: ninguna participación.</p> <p>Los de protección limitada: una participación por noche en habitación común durante 12 meses consecutivos.</p> <p>Los que reciben servicio de urgencia sin una carta de su médico de cabecera pagan una cantidad por la primera visita. No en la consulta hospitalaria.</p> <p>Hospitales y casas de salud privadas: se pagan todas las tarifas, salvo en el caso de los que tienen subvenciones.</p> <p>Enfermedades contagiosas: tratamientos gratuitos para todos, duración de las prestaciones ilimitadas.</p>
ITALIA	<p>Funcionarios, ya sea de las administraciones regionales de salud o de los hospitales; los médicos de medicina general y los especialistas por contratos particulares.</p> <p>Los funcionarios: salario mensual variable fijado por el gobierno en función de su categoría profesional.</p> <p>Médicos concertados: montante porcentual per capita</p>	<p>Financiación: se basa en el reparto del fondo sanitario nacional según un baremo per capita según la población residente en cada región y niveles homogéneos de salud.</p> <p>Los hospitales controlan sus presupuestos de forma autónoma; los superávits deben reinvertirse y en caso de déficit el hospital se pone bajo la tutela del Estado.</p> <p>Acceso: directo en caso de urgencia o bajo prescripción del médico de medicina general.</p> <p>Planificación: sobre la base de la población residente en cada región.</p>	<p>Libre elección del médico entre aquellos convenidos con la región. La elección se mantiene mientras que el asegurado no decide otra. El asegurado no paga, pero el médico recibe de la región una cantidad proporcional per capita.</p> <p>Para el especialista hace falta que lo ordene el de medicina general, y hay que ir a los especialistas que trabajan en los centros de salud.</p>	<p>Los análisis, visitas a los especialistas y medicamentos establecidos son gratuitos para los menores de 6 años, mayores de 65 con ciertas rentas, los beneficiarios de pensiones mínimas y pensiones sociales, los que sufren enfermedades muy graves o trasplantes de órganos.</p> <p>El resto paga una cantidad por prescripción.</p>	<p>Libre elección de hospital o clínica concertada. Asistencia directa gratuita (en sala común).</p>
LUXEMBURGO	<p>Todos los médicos que han recibido la autorización de ejercer</p> <p>Honorarios siguen los convenios colectivos, que se adaptan anualmente según las negociaciones.</p>	<p>Presupuesto separado para cada hospital en función de su actividad previsible (salvo los honorarios de los médicos que se pagan en el acto).</p>	<p>Libre elección del médico según la enfermedad, tratamiento en el extranjero con consentimiento de la caja.</p> <p>Avance de los honorarios por el asegurado y reembolso de los mismos por la caja.</p>	<p>Participación del asegurado del 20% en la primera visita ; 55 en las otras.</p> <p>Ninguna participación en hospitalización.</p> <p>No hay restricciones para el acceso a especialistas.</p>	<p>Libre elección de hospital ( con acuerdo de la caja de seguro, también de hospital en el extranjero).</p> <p>Participación de una cantidad por día en los gastos de mantenimiento.</p>
HOLANDA	<p>Todos los cualificados para ejercer y que tengan contrato con una caja de seguro de enfermedad.</p> <p>Los honorarios se fijan directamente por la caja: porcentaje por asegurado siguiendo un sistema de listas (sistema de inscripción en el médico de familia)</p>	<p>Hospitales públicos: tasas fijadas por los poderes públicos</p>	<p>Libre elección del médico (2 veces al año) por inscripción en un médico de caja.</p> <p>Sin honorarios a pagar.</p> <p>Pago directo (proporcional por asegurado) por la caja de enfermedad.</p>	<p>Ninguna participación del asegurado (salvo ciertos cuidados, por ejemplo: cuidados a domicilio, a partir de 18 años y una máxima cantidad por mes).</p>	<p>Libre elección de hospitales e instituciones acordadas por el Ministerio de Sanidad.</p> <p>Ninguna participación para las habitaciones de clase inferior. La admisión debe estar autorizada por la caja de seguro</p>
AUSTRIA	<p>Informes entre médicos y entidades aseguradoras regulados por convenios individuales, donde el contenido se fija, en gran parte, por convenios generales con el Colegio de médicos de la región.</p> <p>Remuneraciones fijadas por convenios generales entre los Colegios generales de médicos y organismos asesores (porcentaje por cabeza, por caso de enfermedad, o por acto médico o por combinación)</p>	<p>Se han realizado convenios de derecho privado con los hospitales públicos (de interés público) y los establecimientos privados. Los hospitales públicos deben admitir todos los pacientes en la categoría general de tarifas. Los organismos aseguradores pagan por una parte las tarifas de cuidados por enfermedad y por día, y las tarifas de consultas externas y entregan, por otra parte, una contribución financiera a los fondos de colaboración con los hospitales que la reparten entre ellos. Los hospitales públicos y de interés público reciben ingresos que proceden de impuestos para cubrir las eventuales pérdidas de explotación.</p>	<p>Libre elección de los médicos convenidos.</p> <p>El asegurado no paga los honorarios que están reglamentados por el organismo asegurador.</p>	<p>Ninguna participación.</p>	<p>Hay una participación mínima del asegurado por día durante 28 días máximo.</p> <p>Cuidados para los miembros de la familia: participación del 10% durante cuatro semanas.</p>



			patologías largas y carass.  Participación reducida para los viudos, viudas, inválidos, pensionistas, huérfanos, con un techo para las categorías B y C anteriores.		
DINAMARCA	Ver hospitalización	Participación del asegurado de dos categorías: 35% a 60% de los gastos por los cuidados dentales, según una lista. 100% para los cuidados fuera de la lista.  Gratis para niños y disminuidos.	Participación del asegurado según lista de productos:  Productos más importantes: 25% del coste  Productos menos importantes: 50% del coste.  Insulina: sin participación del asegurado.  La parte de las tarifas que asume el asegurado es para cada categoría de medicamentos una cantidad que se calcula sobre la base de dos medicamentos similares que sean los menos caros del mercado.	Reembolso parcial	Con recomendación médica: asistencia y tratamiento gratuitos a domicilio por enfermera.  Para ciertos pensionistas (categoría 1) y otros en determinadas circunstancias, transporte gratuitos hasta el médico y el hospital.  Para las dos categorías, contribución de los gastos de tratamiento de quiropráctica y fisioterapia.
ALEMANIA	Pagos por curas ambulatorias de prevención o de readaptación; contribución para otros gastos (alojamiento, enfermeras, transporte) de una cantidad por día. Participación del asegurado en una cantidad diaria y tique moderador	Cuidados de conservación y profilaxis dental.  Para prótesis dentales, reembolso del 50% de las prestaciones técnicas y cuidados.  En la medida en la que el asegurado toma medidas para conservar los dientes sanos, la prestación se aumenta con un bono del 10%	Participación del asegurado en una cantidad según el tamaño del producto farmacéutico prescrito, salvo para los niños y los casos sociales. Si los medicamentos tienen una tasa fija, depende la participación de ésta. En este caso el asegurado debe pagar, además de su participación, la diferencia entre la tasa fija y el precio del medicamento.  Ciertos productos farmacéuticos no pueden ser asumidos bajo prescripción por las cajas. El asegurado paga el mismo los medicamentos de "confort".	Gafas: contribución de la caja de enfermedad de una cuantía. Carga total de los cristales de corrección. Carga de aparatos de corrección auditiva, aparatos de prótesis y otros aparatos.	Cuidados a domicilio, tratamiento y asistencia en el hogar, profilaxis y prevención dental, diagnóstico precoz para niños, para asegurados mayores de 35 y para ciertas enfermedades.  Participación del 10% en remedios distintos de medicamentos.  Para dependientes: cuidados a domicilio, o subvenciones, o combinación de ambas por cierta cantidad según características y grado de dependencia.
GRECIA	Contribución parcial del asegurado	Como para los cuidados médicos, más una participación del 25% para las prótesis.	Participación del 25% para los medicamentos recetados por el médico.  Sin participación en caso de enfermedades crónicas (cáncer, diabéticos, etc.)  Participación del 10% en medicamentos prescritos para ciertas enfermedades.	Participación limitada : máximo 25%	Diversas prestaciones previstas.  Por ejemplo: gastos de desplazamiento para los que viven en regiones alejadas.
ESPAÑA	Curas termales: campañas de prevención.  Posibilidad de acceso a los establecimientos termales.	Extracciones y tratamientos diversos. Las prótesis dentales pueden tener ayudas financieras. En caso de accidente de trabajo o de enfermedad profesional: cuidados de cirugía dental comprendidos.	Los beneficiarios pagan el 40% del precio de los medicamentos. El 10% del precio del medicamento para ciertos casos con un tope máximo.  Totalmente gratuitos para titulares de pensiones y otros ( ver cuadro OCDE).	Gratuidad del suministro y la renovación normal de prótesis, aparatos ortopédicos y vehículos para inválidos. Las prótesis ópticas, acústicas y de otra naturaleza pueden dar lugar a ayudas financieras	Diversas prestaciones para todos los beneficiarios o para ciertas categorías de beneficiarios:  -Asistencia a domicilio para jubilados, inválidos, enfermos mentales, etc.  -Transporte del paciente en caso de urgencia o en circunstancias especiales ante imposibilidad de utilizar medios ordinarios y por prescripción facultativa  Tratamientos dietoterápicos complejos y oxigenoterapia a domicilio.
FRANCIA	Después de autorización de la caja: reembolso de honorarios médicos y de gastos de tratamiento en los establecimientos termales. En principio no hay indemnizaciones, (salvo recurso a la acción sanitaria y social de la caja)	Comprende cuidados preventivos, de conservación, extracciones y (con acuerdo previo de la caja) prótesis dentales y ortodoncia.  Reembolso siguiendo la tarifa fijada para los cuidados médicos. Tique moderador del 30%	Participación del asegurado en el 35% o 65% para los medicamentos destinados al tratamiento de problemas o afecciones que no tienen carácter grave. 100% de los medicamentos de confort. Sin participación del asegurado con enfermedades de larga duración, pero tan sólo por la enfermedad que la causa.	Con acuerdo previo de la caja: reembolso del 65% de las tarifas establecidas, y para las grandes prótesis el 100%	-Auxilios médicos  -Transporte en caso de hospitalización  -Cheques de prevención  -Se pueden adoptar prestaciones suplementarias en el cuadro de acción sanitaria y social de la caja.
IRLANDA	Ninguno	Ninguna participación en el cuadro de protección completa y para los niños de menos de 6 años y los de escuela primaria. Un participación limitada en las extracciones y otras intervenciones.	Protección completa: sin participación del asegurado  Protección limitada: reembolso de los gastos que pasan de una cantidad por trimestre o por mes, según la cantidad, para personas con enfermedad de larga duración. Sin participación para el tratamiento de enfermedades mentales o de disminuidos (hasta los 16 años) y de ciertas enfermedades de larga duración.	Ninguna participación del asegurado en el caso de protección completa, para los menores de 6 años y los de escuelas primarias.  Participación limitada prevista para los asegurados sociales que cumplen ciertas condiciones de cotización	Examen médico a niños en edad preescolar y los alumnos de colegios públicos. Cuidados médicos necesarios resultantes de estos exámenes.  Servicio nacional de prevención de la escoliosis  Examen del sistema inmunitario y cuidados complementarios hospitalarios para enfermedades infecciosas gratuitos.  Tratamiento médico ambulatorio y en hospital gratuito para niños que sufren ciertas enfermedades e incapacidad de larga duración.  Ayuda gratuita de servicio a domicilio bajo ciertas condiciones.  Transporte gratuito a hospital bajo ciertas condiciones.

ITALIA	<p>Curas termiales tras la autorización previa de la unidad local de salud.</p> <p>Participación: 50% de los tipos establecidos con un techo de una cantidad por cada ciclo de cura.</p>	<p>Cuidados gratuitos en los centros del servicio nacional de salud y por los médicos concertados.</p>	<p>Clasificación de los medicamentos en tres tramos:</p> <p>A: medicamentos esenciales para las enfermedades más graves: gratuitos para todos los asegurados.</p> <p>B: medicamentos para enfermedades importantes, menos graves que las de A: gratuitos para los grupos dentro de del grupo de "Prestaciones 2. Participación en los gastos médicos" y para los inválidos. Los otros asegurados pagan el 50% del precio.</p> <p>C: otros medicamentos y aquellos para los que no hay receta: toda la carga sobre el asegurado.</p>	Nada	Nada
LUXEMBURGO	Bajo autorización.	<p>Comprende los cuidados de conservación, extracción, ortodoncia y prótesis. Reembolso siguiendo las tarifas previstas en los convenios colectivos. Reembolso del 80% de una cantidad anual. Las prótesis se reembolsan al 100% , salvo si el asegurado no ha consultado a su dentista, en cuyo caso la participación es del 80%.</p>	<p>Participación según los medicamentos:</p> <p>De reembolso normal: 80%</p> <p>De reembolso preferencial: 100%</p> <p>De reembolso reducido: 40%</p> <p>Medicamentos y productos no reembolsables</p>	<p>Con la autorización previa de la caja: cobro de los tipos de tarifas fijadas en las convenciones.</p>	Gastos de transporte y desplazamiento reembolsables según ciertas condiciones
HOLANDA	No hay	<p>Niños: cuidados dentales que comprenden cuidados preventivos, aplicación de fluor dos meses por años máximo a partir de los seis años, empaste, ortodoncia y tratamiento quirúrgico.</p> <p>Adultos: cuidados dentales que comprenden tratamientos preventivos (al menos una vez al año), más tratamiento quirúrgico especializado.</p>	<p>Inscripción del asegurado en una farmacia antes de firmar un contrato con una caja de enfermedad.</p> <p>El asegurado tiene derecho a un conjunto de medicamentos de calidad sin que tenga que pagar un suplemento. Otros medicamentos se le cargan a la caja hasta una cantidad que coincida con el precio medio de medicamentos que pertenecen a una lista. El asegurado paga el suplemento.</p>	<p>Después de acuerdo previo del asegurador. Sin participación, salvo por:</p> <p>-Prótesis mamarias: pago de los costes que exceden una cantidad.</p> <p>-Calzado ortopédico. Participación en una cantidad hasta los 16 años y otra superior a partir de esa edad.</p> <p>-Gafas y lentillas: primera compra gratuita, después bajo prescripción médica específica.</p> <p>-Aparatos auditivos: pago de los costes que exceden una cantidad</p> <p>-Pelucas: pago de los costes que exceden una cantidad</p>	<p>Transporte de enfermos en ambulancia, taxi o vehículo propio: participación en una cantidad por 12 meses.</p> <p>Cuidados de maternidad: participación en los cuidados a domicilio en una cantidad por hora, o en los de hospital por día.</p> <p>Hemodíalisis</p> <p>Servicios para pacientes que tienen problemas respiratorios crónicos.</p> <p>Servicios preventivos de trombosis.</p> <p>-Servicios de centros de test genéticos.</p> <p>-Cuidados para los disminuidos físicos y mentales</p> <p>-Servicios de un centro de cuidados a domicilio. Participación en una cantidad y gratuidad para los miembros del centro</p> <p>-Rehabilitación</p> <p>-Cuidados síquicos . Tratamiento de sicoterapia: terapia individual, familiar o de grupo (una cantidad por sesión hasta un máximo al año).</p> <p>Vacunaciones</p>
AUSTRIA	<p>Pueden acordarse, si son necesarios (en los establecimientos del organismo asegurador, los establecimientos acordados o bajo la forma de contribución financiera).</p> <p>Los estatutos de los organismos aseguradores pueden prever una participación de los gastos (entre el 10 y el 50% de los gastos de alojamiento; a menudo para los miembros de la familia únicamente)</p>	<p>Cuidados dentales y prótesis (indispensables) acordados conforme a los estatutos.</p> <p>Comprenden: cuidados de conservación, extracciones y ortodoncia. Ortodoncia y prótesis móviles: participación del asegurado o de los miembros de la familia entre el 25% y el 50%. En ciertas prestaciones el organismo asegurados participa en una cantidad por unidad.</p>	<p>Cobro de los medicamentos prescritos si están incluidos e inscritos en la lista de remedios ( los otros medicamentos se someten a la aprobación del médico jefe o de la comisión de control). Hay una cantidad de gastos por receta (medicamentos gratuitos para enfermedades contagiosas y en las que se exige declaración, o en caso de recursos insuficientes)</p>	<p>Participación del asegurado: 10%, al mes una cantidad ( sin participación en el caso de recursos insuficientes)</p> <p>Una cantidad máxima a cargo del organismo asegurador, que es superior en el caso de prótesis</p>	<p>Examen médico de jóvenes</p> <p>Cheques de prevención</p> <p>Exámenes para la madre y el niño</p> <p>Cuidados médicos a domicilio (bajo recomendación del médico, tratamiento médico por personas cualificadas; duración : cuatro semanas máximo)</p> <p>Tratamiento de sicoterapia</p> <p>Cuidados de transporte, reembolso de los gastos de desplazamiento.</p>
PORTUGAL	Reembolso de los cuidados administrados en los establecimientos termiales según un baremo oficial en vigor después de la autorización previa.	<p>Tratamiento en los centros de salud.</p> <p>Reembolso según el baremo fijado por el gobierno, en caso de recurso a los servicios privados de salud. Prótesis dentales prescritas por los servicios de salud: prestaciones del 75% del precio de las prótesis dentales según el baremo. Prótesis dentales prescritas por especialistas privados: avance de honorarios por el paciente, reembolso del 75% sobre los precios fijados según el baremo oficial.</p>	<p>Según el tipo de enfermedad, la participación del Estado es del 70% o del 40% para los medicamentos que figuran en la lista oficial de los servicios de salud. El porcentaje aumenta el 15% para los pensionistas cuyas pensiones son inferiores al salario mínimo.</p>	<p>Prestación del 80% para las prótesis que figuran en una lista oficial. Prótesis ópticas prescritas por los servicios de salud: 75% del precio de los cristales ( o lentillas, si se recetan por el médico) fijado por baremo oficial. Prótesis ópticas prescritas por especialistas privados: avance de honorarios por el paciente, reembolso del 75% de los servicios de sanidad según precios fijados por baremo oficial.</p>	<p>Se asumen los gastos de desplazamiento de los enfermos que viven en regiones alejadas, bajo ciertas condiciones.</p>

FINLANDIA	Curas prescritas por los médicos del sector público son gratuitas	<p>Centros de salud:</p> <p>Normalmente la participación del paciente corresponde a una cantidad base y a tarifas que se fijan según el tipo de intervención. Los centros privados pueden fijar las tarifas ellos mismos respetando ciertos límites. Las tarifas son siempre menos elevadas que las de los privados.</p> <p>Cuidados dentales gratuitos para los menores de 19 años y para los veteranos de guerra</p> <p>Seguro de enfermedad:</p> <p>Una parte de las tarifas dentales se reembolsa si el paciente ha nacido después de 1955. Para los exámenes médicos y los cuidados preventivos, el tipo de reembolso se eleva al 90%, para los otros tratamientos al 60% de los honorarios que no deben pasar cierto techo. Nada de reembolso por ortodoncia y prótesis.</p> <p>Al resto sólo se le reembolsa una parte de las tarifas dentales si los cuidados dentales son necesarios para el tratamiento de otra enfermedad.</p>	<p>Establecimientos hospitalarios públicos: costes comprendidos en la participación.</p> <p>Seguro de enfermedad:</p> <p>Los pacientes pagan una cantidad, más el 50% de la que la sobrepasa para los recetados por un médico. Cuando se trata de enfermedades graves o crónicas, los costes de medicamentos que figuran en una lista se reembolsan al 75% o 100%, si sobrepasan una cantidad. Si la participación del paciente alcanza una cantidad, se le reembolsan todos los gastos que la sobrepasan en el año.</p>	<p>Centros de sanidad: se hacen cargo de los costes en ciertos casos</p> <p>Seguro de enfermedad: sin reembolso.</p>	<p>Reembolso de los gastos de desplazamiento y de transporte por el seguro de enfermedad después de la deducción de una parte</p> <p>Si la participación del paciente en los gastos de desplazamiento sobrepasa una cantidad, los gastos que la superan se reembolsan al 100%.</p> <p>Reembolso de los gastos de alojamiento hasta una cantidad por noche</p>
SUECIA	Ver hospitalización	<p>Hasta los cuidados dentales en el sector público son gratuitos.</p> <p>Participación en las tarifas por tratamientos de médicos privados en porcentajes escalonados según su cuantía.</p>	<p>La participación del asegurado se eleva a una cantidad para el primer medicamento recetado y otra más baja para los siguientes</p>	<p>Subvenciones generales del Estado para las prótesis.</p>	<p>Transporte gratuito en caso de hospitalización. Reembolso de otros gastos de transporte bajo ciertas condiciones.</p> <p>Techo de participación: si la participación en los gastos de cuidados médicos y de productos farmacéuticos sobrepasa una cantidad durante un período de 12 meses, la persona en cuestión tiene derecho a una exoneración hasta el término de la enfermedad.</p>
REINO UNIDO	Ninguna participación, salvo si el paciente pide tratamientos especiales o cuidados más costosos que no son clínicamente necesarios	<p>Control elemental del Servicio Nacional de la Salud: participación de una cantidad. Prestación del 80% de los costes de un tratamiento de cierta cuantía.</p> <p>Ninguna participación para mujeres en cinta o que han tenido un hijo en los 12 meses precedentes, para los beneficiarios del Income Support o del Family Credit o de la asignación para asalariados Disability Working Allowance (bajo ciertas condiciones).</p> <p>Las personas de rentas bajas pueden recibir una ayuda por el coste de tratamiento.</p>	<p>Participación de una cantidad por producto recetado (excepciones: los menores de 16 años, los que tienen hasta 18 y están estudiando, los hombres a partir de los 65 y las mujeres a partir de los 60, las mujeres embarazadas, madres de un niño menor de un año, ciertos pensionistas de guerra, los que reciben una subvención de renta, o para los asalariados incapacitados) y para sus cónyuges, ciertas personas con bajos ingresos y personas que sufren ciertas enfermedades.</p> <p>La compra de una carta de abono para uno o 4 meses que permiten adquirir gratuitamente, durante el período de validez, un número limitado de productos farmacéuticos prescritos por el médico.</p>	<p>Gafas: no suministro a título gratuito. Existen bonos de cierto valor acordados para ciertos grupos: niños de menos de 16 años o de 19 que estén estudiando, o los que reciben una subvención, sus cónyuges, los que tienen bajos ingresos, o necesitan cristales especiales, pensionistas de guerra, y los pacientes del servicio oftalmológico de un hospital.</p> <p>Sin participación en las revisiones de vista para las categorías anteriores más ciegos registrados o personas de visión parcial, los que sufren de diabetes o de glaucoma, las personas a partir de 40 años y los hermanos, hermanas, o hijos de un paciente que sufre de un glaucoma.</p> <p>Prótesis y audífonos: ninguna participación en aparatos auditivos previstos por el Servicio Nacional de Salud y su ajuste.</p>	<p>Diversas prestaciones previstas por el Servicio Nacional de la Salud y por autoridades locales, por ejemplo: transporte gratuito al hospital, o, en caso de urgencia médica, reembolso de los gastos de transporte al hospital en ciertos casos</p>

FUENTE: U.E. COMMISSION EUROPEENNE (1996) La Protection Sociale dans les États membres de l'Union Européenne y elaboración propia.

CUADRO N°1	ANEXO 2																
	TOTAL				PUBLICO				% PUBLICO S/ TOTAL				privado				
	1984	1985	1994	1995	1984	1985	1994	1995	1984	1985	1994	1995	1984	1985	1994	1995	
GASTO EN SALUD COMO PORCENTAJE EN EL PIB																	
ALEMANIA	8,7	8,5	8,6	10,4	6,3	6,6	6	8,2	72,4	77,6	69,8	78,8	2,4	1,9	2,6	2,2	ALEMANIA
AUSTRALIA	7,6	7,7	8,5	8,6	5,5	5,5	5,8	5,8	72,4	71,4	68,2	67,4	2,1	2,2	2,7	2,8	AUSTRALIA
AUSTRIA	7,9	6,7	9,7	7,9	5,3	5,2	6,2	5,9	67,1	77,6	63,9	74,7	2,6	1,5	3,5	2	AUSTRIA



SUECIA	-3%	-6%	-17%	-20%	-31%	-8%	-25%	-27%	-28%	35%	-9%	-9%						
SUIZA	4%	2%	23%	21%	0%	4%	28%	34%	-4%	2%	4%	11%						
TURQUÍA	-24%	100%	-10%	136%	-8%	86%	17%	136%	21%	-7%	30%	0%						
FUENTE: OCDE Health Data 1997 y elaboración propia																		

	GASTO EN SALUD																	
CUADRO Nº4	GASTO PUBLICO COMO%				TOTAL GASTO PER				INDICE DE PRECIOS DEL									
	DEL GASTO PUBLICO TOTAL				CAPITA EN P.P. C.\$				GASTO MEDICO 1990=100									
	1984	1985	1994	1995	1984	1985	1994	1995	1984	1985	1993	1995						
ALEMANIA	13,1	13,3	12,2	18,4	1097	1274	1816	2134	86,9	89,4	110,8	119,3						
AUSTRALIA	14,2	14,2	14,6	15	916	989	1606	1741	68,2	72,5	105,2	107,0						
AUSTRIA	10,8	10,4	12,1	11,6	919	992	1965	1634	74,8	80,9	121,1	134,8						
BELGICA	9,7	9,7	12,6	12,6	849	890	1653	1665	80,8	84,9	115,0	115,0						
CANADA	13,6	13,6	14,3	14,5	1118	1206	2010	2049	74,1	79,3	112,0	113,2						
DINAMARCA	8,8	8,8	8,8	8,6	766	816	1362	1368	77,9	81,0	107,5	107,5						
ESTADOS UNIDOS	16,5	11,8	12	16,4	1618	1733	3498	3701	70,6	70,6	117,5	117,5						
FINLANDIA	12,6	12,7	11	9,8	760	852	1357	1373	65,3	71,5	113,0	120,5						
FRANCIA	12,4	12,2	13,6	13,6	1045	1088	1866	1956	84,6	88,0	106,4	108,3						
GRECIA	9,9	9	8,4	10	254	288	500	703	40,9	49,7	167,4	167,4						
HOLANDA	9,7	9,7	12,2	12,2	893	932	1641	1728	90,4	91,8	111,2	114,1						
IRLANDA	11,4	11,4	13	18	554	586	1107	1106	70,7	76,3	120,5	131,1						
ISLANDIA	18	14,8	17	17	827	929	1598	1774	28,8	38,5	120,5	129,1						
ITALIA	10,4	10,1	10,6	10,6	757	830	1522	1507	59,8	66,1	119,1	119,1						
JAPON	14,7	14,9	15,1	15,2	748	823	1484	1581	84,8	92,3	104,1	106,8						
LUXEMBURGO	11,4	11,7			898	895	1697	2206	75,0	80,1	114,3	114,3						
NORUEGA	13,7	13,6	13,3	13,3	761	910	1558	1821	68,9	74,0	108,5	108,5						
NUEVA ZELANDA					648	592	1185	1203	53,4	58,0	106,5	106,5						
PORTUGAL	8,4	8,4	8,3		338	387	874	1035	47,6	58,1	133,0	133,0						
REINO UNIDO	10,9	10,9	12,8	12,8	633	670	1211	1246	66,2	69,2	124,3	130,7						
SUECIA	13,4	12,5	9,2	8,8	1158	1174	1348	1360	68,4	72,0	111,8	112,0						
SUIZA	16,9	17,2	18,6	18,6	1173	1297	2294	2412	83,2	86,7	114,5	120,7						
TURQUÍA					93	73	146	272	6,2	9,0	312,8							
FUENTE: OCDE Health Data 1997 y elaboración propia																		
CUADRO Nº5	TASAS DE VARIACION																	
	GASTO PUBLICO COMO%				TOTAL GASTO PER				INDICE DE PRECIOS DEL									
	DEL GASTO PUBLICO TOTAL				CAPITA EN P.P. C.\$				GASTO MEDICO 1990=100									
	84/85	94/95	84/94	85/95	84/85	94/95	84/94	85/95	84/85	93/95	84/94	85/95						

ALEMANIA	1,5%	50,8%	-6,9%	38,3%	16,1%	17,5%	-6,9%	67,5%	2,9%	7,7%	27,5%	33,4%
AUSTRALIA	0,0%	2,7%	2,8%	5,6%	8,0%	8,4%	2,8%	76,0%	6,3%	1,7%	54,3%	47,6%
AUSTRIA	-3,7%	-4,1%	12,0%	11,5%	7,9%	-16,8%	12,0%	64,7%	8,2%	11,3%	61,9%	66,6%
BELGICA	0,0%	0,0%	29,9%	29,9%	4,8%	0,7%	29,9%	87,1%	5,1%	0,0%	42,3%	35,5%
CANADA	0,0%	1,4%	5,1%	6,6%	7,9%	1,9%	5,1%	69,9%	7,0%	1,1%	51,1%	42,7%
DINAMARCA	0,0%	-2,3%	0,0%	-2,3%	6,5%	0,4%	0,0%	67,6%	4,0%	0,0%	38,0%	32,7%
ESTADOS UNIDOS	-28,5%	36,7%	-27,3%	39,0%	7,1%	5,8%	-27,3%	113,6%	0,0%	0,0%	66,4%	66,4%
FINLANDIA	0,8%	-10,9%	-12,7%	-22,8%	12,1%	1,2%	-12,7%	61,2%	9,5%	6,6%	73,0%	68,5%
FRANCIA	-1,6%	0,0%	9,7%	11,5%	4,1%	4,8%	9,7%	79,8%	4,0%	1,8%	25,8%	23,1%
GRECIA	-9,1%	19,0%	-15,2%	11,1%	13,4%	40,6%	-15,2%	144,1%	21,5%	0,0%	309,3%	236,8%
HOLANDA	0,0%	0,0%	25,8%	25,8%	4,4%	5,3%	25,8%	85,4%	1,5%	2,6%	23,0%	24,3%
IRLANDA	0,0%	38,5%	14,0%	57,9%	5,8%	-0,1%	14,0%	88,7%	7,9%	8,8%	70,4%	71,8%
ISLANDIA	-17,8%	0,0%	-5,6%	14,9%	12,3%	11,0%	-5,6%	91,0%	33,7%	7,1%	318,4%	235,3%
ITALIA	-2,9%	0,0%	1,9%	5,0%	9,6%	-1,0%	1,9%	81,6%	10,5%	0,0%	99,2%	80,2%
JAPON	1,4%	0,7%	2,7%	2,0%	10,0%	6,5%	2,7%	92,1%	8,8%	2,6%	22,8%	15,7%
LUXEMBURGO	2,6%				-0,3%	30,0%		146,5%	6,8%	0,0%		42,7%
NORUEGA	-0,7%	0,0%	-2,9%	-2,2%	19,6%	16,9%	-2,9%	100,1%	7,4%	0,0%	57,5%	46,6%
NUEVA ZELANDA					-8,6%	1,5%		103,2%	8,6%	0,0%	99,4%	83,6%
PORTUGAL	0,0%	-100,0%	-1,2%		14,5%	18,4%	-1,2%	167,4%	22,1%	0,0%	179,4%	128,9%
REINO UNIDO	0,0%	0,0%	17,4%	17,4%	5,8%	2,9%	17,4%	86,0%	4,5%	5,1%	87,8%	88,9%
SUECIA	-6,7%	-4,3%	-31,3%	-29,6%	1,4%	0,9%	-31,3%	15,8%	5,3%	0,2%	63,5%	55,6%
SUIZA	1,8%	0,0%	10,1%	8,1%	10,6%	5,1%	10,1%	86,0%	4,2%	5,4%	37,6%	39,2%
TURQUÍA					-21,5%	86,3%		272,6%	45,2%		4945,2%	
FUENTE:												
OCDE Health Data 1997 y elaboración propia												

GASTO EN SALUD												
CUADRO N°6	DOCTORES POR 1000 HABITANTES	CAMAS POR 1000 HABITANTES	MEDIA DE ESTANCIA EN DIAS									
	1984	1985	1994	1995	1984	1985	1994	1995	1984	1985	1994	1995
ALEMANIA	2,5	2,64	3,2	3,36	11,1	11,1	10,1	9,7	18,4	18	15,8	14,2
AUSTRALIA	2	2,05	2,2	2,24	11,7	10,9	9,3	8,9	14,9	17,3	11,4	14
AUSTRIA	1,8	1,88	2,4	2,66	11	10,9	9,4	9,3	14,6	14,1	10,3	10,9
BELGICA	2,7	2,83	3,7	3,74	9,2	9,1	7,6	7,6	17,2	16,9	12	12
CANADA	1,9	2	2,2	2,15	6,8	6,7	6	5,4	13,7	13,8	12,6	12,6
DINAMARCA	2,5	2,51	2,8	2,9	7,1	7	5	5	11	10,7	7,6	7,5
ESPAÑA	3,2	3,11	4,1	4,08	4,7	4,6	5	4	13,6	13,4	11,5	11,5
ESTADOS UNIDOS	2,1	2,24	2,5	2,63	5,5	5,3	4,4	4,1	9,4	9,2	8,8	8
FINLANDIA	2	2,08	2,7	2,77	14,1	14	10,1	9,3	20,8	19,9	13,1	11,8
FRANCIA	2,3	2,29	2,9	2,94	10,7	10,5	9	8,9	16	15,5	11,7	11,2
GRECIA	2,9	2,93	3,9	3,88	5,8	5,5	5	5	12,1	11,6	9,2	8,8
HOLANDA	2,2	2,22	2,5	0,25	12	11,9	11,3	11,3	34,3	34,3	32,8	32,8
IRLANDA	1,5	1,63	2	1,72	8,9	8,3	5	5	9	8,6	7,7	7,7
ISLANDIA	2,4	2,6	3	2,99	15,8	15,8	16,3	15,9	20,7	21,4	17,8	16,8





