

TÁJÉKOZTATÓ ORSZÁGTANULMÁNY OLASZORSZÁG EGÉSZSÉGÜGYÉRŐL



GYEMSZI

Gyógyszerészeti és Egészségügyi
Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet

Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság
Rendszerelemzési Főosztály

2014. május

Tartalom

Gazdasági – politikai háttér.....	2
Demográfia	2
Az egészségügyi rendszer általános jellemzői.....	3
Finanszírozás	4
Egészségügyi szolgáltatások.....	6
Egészségügyi dolgozók	6
Gyógyszerügy.....	7
Reformok	7
Források	8

Gazdasági – politikai háttér

Olaszország egy főre jutó GDP-je vásárlóerő paritáson 2012-ben 26350 USD. A válság hatása 2009-ben volt a legerősebb, a GDP 5,5 százalékkal csökkent. 2010 és 2011-ben 1,7 és 0,4 százalékos növekedés volt megfigyelhető, majd 2012-ben a reál GDP ismét 2,4 százalékkal csökkent. A statisztikák szerint a recesszió Olaszországban a 2013-as évben is folytatódott, a reál GDP 1,9 százalékkal csökkent, de 2014-től enyhe növekedéssel (0,4 százalék) számolnak.¹

A munkanélküliség a válság ideje alatt fokozódott, 2013-ban 12,2 százalék.

2013-ban az olasz fogyasztói árindex 1,3 százalék, a GDP százalékában mért államháztartási hiány 3 százalék, az államadósság 132,6 százalék.² A magas államadósság miatt a kormány szigorú takarékosági intézkedések mellett döntött, amelyek az egészségügyi költségvetést is érintették.

Olaszország államformája parlamentáris köztársaság. A köztársasági elnök 2006 óta Giorgio Napolitano, az elnököt hét éves periódusra választják, a jelenlegi államfőt 2013-ban választották újra. A Parlament két kamarából áll, a Szenátusból (felsőház) és a Képviselőházból (alsóház). A képviselőket öt évre választják. A 2013-as választás a szenátusban és képviselőházban is a piacbarát Bersani vezette olasz balközép koalíció győzelmével zárult. A kormányalakítás hosszasan elhúzódott, az új nagykoalíciós kormány miniszterelnöke Enrico Letta lett. Miután elveszítette pártja bizalmát saját politikájában, Letta 2014 februárjában lemondott, a köztársasági elnök Matteo Renzit bízta meg kormányalakítással.

Demográfia

2013-ban az ország lakosainak száma 59,685 millió, a népességszám növekedése a bevándorlóknak és az emelkedő átlagos élettartamnak köszönhető. Az ISTAT 2011. januári adatai szerint a bevándorlók száma 4,5 millió, a lakosság 7,5 százalékát tette ki. A születéskor várható átlagos élettartam 2011-ben a nők körében 84,5 év, a férfiaknál 79,4 év. A lakosság korstruktúrájára jellemző a 15 éven aluli korosztály létszámának csökkenése (2011: 14 százalék), ami az alacsony fertilitásnak tulajdonítható (2010: 1,41). Ugyanakkor a várható élettartam növekedésének köszönhetően a 65 éves és ennél idősebb népesség aránya folyamatosan emelkedik és 2011-ben már az összlakosság 20,3 százalékát tette ki.

Ezer lakosra az élveszületések aránya 2010-ben 9,29. Az anyai halálozás 100 ezer élve születésre számítva 2009-ben 3,37, ami a korábbi évekhez képest növekedést jelent (2006: 1,97, 2008:2,28). A csecsemőhalálozás 2009-ben 1000 élve születésre számítva 3,62.

A 2010-es olasz halálloki statisztikákat a keringési rendszer megbetegedései okozta halálozás vezeti, melynek standardizált halálozási rátája 159/100 ezer fő. Második helyen állnak a daganatos megbetegedések halálesetei 157/100 ezer fővel, mely területen elsősorban a dohányzás okozta légzőszervi, illetve az emésztőszervi megbetegedések okozta halálozás a legjellemzőbb (WHO-HFA).

¹ Eurostat

² Eurostat

Az ISTAT 2011-es statisztikája szerinti a lakosság körében 100 főre jutó legjellemzőbb krónikus megbetegedések az osteoarthritis (17,1), a magas vérnyomás (15,9), az allergiás megbetegedések (10,3), az osteoporosis (7,2) és a diabetes (4,9).

Az olasz 15 év feletti lakosság körében csökkent az alkoholfogyasztás, ami napi gyakorisággal 2009-ben a 15 év felettek 6,9 százalékát érintette (korábbi években 7 százalék feletti). Csökkent a felnőtt lakosság körében a dohányzók aránya is, ami 2010-ben 23,1 százalékot tett ki (1990: 27,8 százalék). A 2010-es statisztikai adatok szerint az elhízottak aránya a felnőtt lakosság körében Olaszországban 10,3 százalékra (1994: 7 százalék) növekedett.

2008 után növekedés figyelhető meg a HIV incidenciájában, 2011-ben a 100 ezer főre jutó HIV előfordulási arány 5,7 (2008: 3,41, 2009:4,3, 2010: 6,18). (ISTAT, 2012)

Az egészségügyi rendszer általános jellemzői

Az Országos Egészségügyi Szolgálat (Servizio Sanitario Nazionale - SSN) rendszere az összes állampolgár számára nyújtott ingyenes ellátás elvén alapuló decentralizált rendszer. Az egészségügyi szolgáltatás állampolgári jogon jár az Országos Egészségügyi Szolgálatnál feliratkozottak részére.

Az Országos Egészségügyi Szolgálat szervezeti felépítését tekintve háromszintű rendszer, tevékenységét országos, regionális és helyi szinten folytatja.

Országos szinten születnek a stratégiai döntések az egészségügy átfogó céljairól. E szinten kerülnek meghatározásra az Országos Egészségügyi Szolgálat működésének keretfeltételei és kerül kidolgozásra háromévente egy Országos Egészségügyi Terv. Az országos szint központi intézménye az Egészségügyi Minisztérium. Fő feladata az SSN működési elveit meghatározó terv kidolgozása, az állampolgárok számára garantált minimális egészségügyi szolgáltatáscsomag (livelli essenziale di assistenza, LEA) meghatározása, illetve az adóbevételek elosztásának ellenőrzése. A minisztérium felelősségi körébe tartozik ezen kívül a gyógyszerpiac ellenőrzése és a kutatás és az egyetemi kórházak felügyelete.

Regionális szinten 20 nagyfokú autonómiát élvező régió felel az egészségügyi szolgáltatások szervezéséért és nyújtásáért, illetve a helyi egészségügyi intézmények és kórházak közötti pénzügyi források elosztásáért. A regionális szervek felügyelik az állami és magán egészségügyi szervezetek hatékonyságát és minőségét, a gyógyszerellátást, illetve a nyújtott szolgáltatások rendelkezésre állását.

2011-ben helyi szinten vertikálisan integrált vállalként működő 145 független helyi egészségügyi hatóság volt felelős az ellátórendszer üzemeltetéséért. Az állampolgárok a lakóhelyük szerinti helyi egészségügyi hatóságnál iratkozhatnak fel, ahol a feliratkozást követően kapnak egy egészségügyi kártyát, ami az általános orvos szabad megválasztását teszi lehetővé a háziorvosi rendszer keretén belül. Helyi szinten a helyi egészségügyi hatóságoktól formálisan elkülönülő, pénzügyi függetlenséget élvező kórházi trösztök, egyetemi kórházak, illetve szerződött magán szolgáltatók felelnek az ellátás biztosításáért.

Az országos egészségügyi szolgálat szolgáltatásaihoz való hozzáférést várakozási idők korlátozzák, melyek a szakorvosi kezelések és a diagnosztikai vizsgálatok esetén a legjelentősebbek. A probléma kezelésére maximális várakozási idővel kapcsolatos szabályozásokat vezettek be. Ambuláns területen az öt legfontosabb képalkotó diagnosztikai eljárásnál maximum 60 napos, szakorvosi vizsgálatok

esetén (szemészet, kardiológia, onkológia stb.) maximum 30 napos várakozási idő került meghatározásra. Fekvőbeteg területen szűrkehályog és csípőprotézis műtétek esetén 180 nap, perkután transzluminális angioplasztika esetén 120 nap a meghatározott maximális várakozási idő. Regionális és helyi szinteken ezeket a követelményeket azonban csak részben teljesítik. Az előírás szerinti a 30 napon belüli szakorvosi ellátáshoz történő hozzáférést a régiók fele biztosítja a betegek mintegy fele számára.

Az olasz lakosok 15 százaléka rendelkezik magán kiegészítő biztosítással, ami elsősorban a jobb minőségű ambuláns és fekvőbeteg-ellátás igénybevételét és a várakozási idő csökkentését teszi lehetővé.

A növekvő önrészfizetés és a munkanélküliség együttes hatására tovább romlott az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés.

Finanszírozás

Egészségügyi kiadások

2010-ben az ország GDP-jének 9,3 százalékát fordította egészségügyi kiadásokra. Az egy főre jutó egészségügyi kiadás 2010-ben 2964 US dollár volt vásárlóerő paritáson. Az egészségügyi kiadások 2000 és 2009 között éves szinten reálértéken átlagosan 1,9 százalékkal növekedtek, a növekedés 2010-ben 1,5 százalékra mérséklődött.

Forrásgyűjtés

Az egészségügy állami forrásból történő finanszírozásának aránya 2010-ben 79,6 százalék. 2011-ben az out of pocket kifizetés a teljes egészségügyi kiadás 18,3 százalékát tette ki, ami elsősorban a negatív listán szereplő gyógyszerek esetében az önrészt és a fogászati ellátás (fogpótlás) kiadásait fedezte.

Az állami egészségügyi szolgálat finanszírozása jellemzően adókból (jövedelemadó, általános forgalmi adó, regionális adó) történik. Betegbiztosítási járulékot csak a munkaadók fizetnek.

Az állami egészségügy keretében igénybe vett szakellátásért önrészesedést kell fizetni, ez alól csak a krónikus betegek képeznek kivételt. Szakorvoshoz fordulás esetén a betegeknek az eddigi vizitenként térítendő 36,15 euró mellett 2011 októberétől további 10 eurót is térítenie kell, valamint 25 euró térítés fizetendő az indokolatlanul igénybe vett sürgősségi ellátások esetén. A co-payment fizetés alól mentességet vagy részleges mentességet élveznek a rokkant és fogyatékos személyek, terhes nők és anyák, gyermekek 6 éves korig, 65 év feletti személyek, meghatározott jövedelem alatti munkanélküliek és szociális segélyben részesülők. A várakozások elkerülése és a minőségi ellátás céljából az olaszok a szakellátást legszívesebben magánszolgáltatónál veszik igénybe, amire a kiegészítő magánbiztosítás nyújt fedezetet. (Mladovsky et al., 2012; Belvis et al., 2012)

A kórházi ellátás többágyas szobákban történő elhelyezés esetén a betegek részére díjtalan. Ha azonban speciális körülményeket, eszközöket igényel a beteg (egyágyas elhelyezés, telefon, televízió) a többletköltségeket meg kell térítenie. A betegek szabadon választhatják meg az őket ellátó intézményt.

Forrásallokáció

Az országos és regionális kormányok által meghatározott költségvetés lakosság szám és korösszetétel alapján kerül allokálásra a régiókhoz. Mivel az egyes régiók nagysága és gazdasági ereje erősen különbözik, a gazdasági szempontból gyengébb régiók bevételeinek kompenzálására egy szolidaritási alap szolgál.

A házi orvosok finanszírozása az országos vagy régiós szerződésük alapján meghatározott fejkvóta (lakosság szám és kor alapján), illetve szolgáltatások (esetenként teljesítményhez kötve) szerinti díjazás alapján történik. (Thomson et al., 2011)

Az aktív kórházi fekvőbeteg-ellátás finanszírozása DRG alapon történik.

Az alkalmazott szakorvosok fizetést kapnak. Az orvosok számára megengedett, hogy a magán beteget SSN-en belüli ("intramoenia" = a falakon belül) vagy SSN-en kívüli intézményekben lássák el (De Pietro, 2006; Turchetti, 2009.) Az SSN-en belüli magán betegek a szolgáltatásokat az osztrák és német főorvosi rendszerekhez hasonlóan általában teljes áron térítik, és a bevétel jelentős része kiegészítő jövedelemként az orvosoknál marad. Az SSN szervezetek ezért gyakran két különböző előjegyzési rendszert működtetnek. Az egyikben az ingyenes szolgáltatásokat igénybe vevő betegek kerülnek előjegyzésre, a másikban azok, akik hajlandók fizetni a szolgáltatásokért, jellemzően azért, hogy elkerüljék a várakozást és nagyobb választási szabadságot kapjanak. 2010-ben az alkalmazotti státuszban dolgozó szakorvosok jövedelme 2,73-szor magasabb volt az országos átlagbérnél.

A 42/2009-es törvény az olasz régiók egészségügyének finanszírozására 2013-tól a forrásallokáció terén (a súlyozott fejkvóta helyett) lehetővé teszi a standard termelési költségek alkalmazását. A standard költségen alapuló modell a leghatékonyabb költségszint meghatározásának elvére épül, hatékonysági normákon és benchmarkokon alapulna. Bár jelenleg még az egészségügyben ilyen mérőszámok és hatékonysági normák nem kerültek meghatározásra, várhatóan a három legjobban teljesítő régió alapellátásának, szakellátásának és aktív ellátásának lakossággal súlyozott átlagos kiadási adatait vennék a számításhoz alapul.

Az új finanszírozási mechanizmusnak elvileg 2013-ban kellene indulnia és a régióknak öt év állna a teljes átálláshoz rendelkezésre.

Jelenleg heves viták övezik a központi kormány és a régiók standard költségek meghatározására irányuló tárgyalásait. Két elképzelés látszik körvonalazódni. Az első elképzelés egy ún. bottom-up elvre épülő (mikro) költségszámítás, ahol a szolgáltatási csomag minden egyes tételére standard egységköltség és gyakorisági mutató, majd régióként célköltségek kerülnének meghatározásra. A második számítás esetén az egyes makroszintű (alapellátás, szakellátás és kórházi ellátás) ellátási területek teljes költsége kerülne kiszámításra, majd ezt követően az egy főre jutó költségek az életkori megoszlás figyelembe vételével. E megközelítés szerint a standard költségek a legkisebb költséggel megfelelő szintű szolgáltatásokat nyújtó régiók költségeit jelölnék. (Ferré, 2013/a)

Egészségügyi szolgáltatások

Alapellátás, járóbeteg-szakellátás

Olaszországban az orvosok többsége az SSN keretein belül – alkalmazotti státuszban vagy szerződéses alapon – végzi tevékenységét. A szerződésben álló orvosok nagy részét a háziorként dolgozó általános orvosok alkotják. A háziorkok többnyire önálló praxisban végzik munkájukat, de az utóbbi években terjed a csoportpraxisok és az integrált hálózat keretében nyújtott ellátási forma. A háziorkoknak jelentős a kapuőri szerepük. A betegeknek egészségi problémáikkal először őket kell felkeresniük. A szakellátás (kivéve nőgyógyász, szemész, fogorvos) vagy kórházi ellátás (kivéve sürgősségi esetek) csak háziorkosi beutalóval vehető igénybe. A betegek háziorkosukat egy adott terület határain belül szabadon választhatják meg. A háziorkosi ellátásban nincs a betegeknek önrészfizetési kötelezettsége.

A szakorvosi ellátást (beleértve a fogorvosi ellátást is) a helyi egészségügyi hatóságok járóbeteg intézményeiben vagy a helyi egészségügyi hatóságokkal szerződött akkreditált állami vagy magán kórházakban nyújtják.

Fekvőbeteg-ellátás

Az ország fekvőbeteg-ellátását 2011-ben jelenleg 1182 kórház biztosította (509 állami kórház, 34 nonprofit és 639 magán kórház). 2011-ben az országban 207 947 ágyat tartottak nyilván. Az ágyak 68 százaléka állami, 28 százaléka magán for-profit és 3,7 százaléka magán non-profit tulajdonban volt. 1000 főre 3,42 kórházi ágy jutott (OECD Statistics)

A kórházak között kisebb általános kórházak és nagyobb szakkórházak vannak, melyek széles gazdasági-működési önállósággal bírnak. Az állami kórházak társulásai specializált, magas szintű szolgáltatásokat nyújtanak. Az ellátórendszer fontos elemét alkotják a helyi egészségügyi hatóságokkal szerződött akkreditált magánszolgáltatók, magánkórházak, melyek az Országos Egészségügyi Szolgálat által finanszírozott ambuláns és diagnosztikai szolgáltatásokat is nyújtanak.

2012 előtt számos különböző kórházi teljesítményértékelési rendszer létezett az egyes olasz régiókban. 2012-ben az Országos Regionális Egészségügyi Ügynökség az Egészségügyi Minisztériummal együttműködésben útjára indított egy eredményminőséget mérő országos programot (Programma Nazionale Esiti). A program célja 32 pénzügyi és eredményességi (outcome) mutató alapján az olasz állami és magán kórházi trösztök értékelése, ahol a fókusz a rövid időn belüli halálozásra és újrafelvételre, specifikus helyzetekben történő betegfelvételre, egyes sebészeti beavatkozásokra, bizonyos beavatkozások után jelentkező szövődményekre és a várakozási időre helyeződött. (Belvis, 2013)

Egészségügyi dolgozók

2011-ben Olaszországban összesen 248 723 orvos dolgozott, 100 ezer lakosra 419 orvos jutott (az orvosok száma növekszik), számarányuk meghaladja az EU átlagát. 2011-ben az országban összesen 399 835 ápoló tevékenykedett, 100 ezer lakosra 673 ápoló jutott, ami jelentősen elmarad az EU 836 fős mutatójától. (WHO-HFA)

Gyógyszerügy

Az egészségügyre fordított kiadásokon belül a gyógyszerekre fordított kiadások Olaszországban csökkenő tendenciát mutatnak, 2012-ben ez a kiadási tétel az összes egészségügyi kiadás 15,7 százalékát tette ki (2011: 16,2; 2009: 17,5). 2012-ben az egy főre jutó gyógyszerkiadás 482 USD volt. (OECD Statistics)

Az országban az állam által támogatott gyógyszerek engedélyezésével, az árszabályozási és térítési kérdésekkel az Agenzia Italiana del Farmaco foglalkozik. Az árakkal és térítésekkel kapcsolatos tárgyalásokat a gyártóval az Agenzia Italiana del Farmaco Árszabályozási- és Térítési Bizottsága folytatja le. Az egészségügyi technológiai értékelést az AIFA Technicai és Tudományos bizottsága végzi. 2004 előtt az árszabályozás esetén az olasz hatóság csak az európai átlagárakat vette figyelembe, jelenleg már e kritérium mellett a termék terápiás értéke, farmakovigilancia adatok és a hasonló termékek ára is figyelembe vételre kerülnek. A generikumok esetén belső referenciaár rendszer kerül alkalmazásra (AIFA transzparencia lista). A belső referenciaár a támogatott maximum ár meghatározására szolgál adott csoporton belül, a támogatáson felüli további költségek a beteget terhelik. (Ruggeri, Nolte, 2013) A nem vényköteles és ezért nem támogatott készítmények szabadárak.

2012 elején a kormány lehetővé tette 220 korábban receptköteles készítmény OTC-shopokban és bevásárlóközpontokban történő forgalmazását, illetve eltörölte a nyitva tartással (kivétel éjszakai és ügyeleti nyitva tartás) kapcsolatos szabályozást.

A vényköteles és nem vényköteles készítmények esetén Olaszországban az ÁFA egységesen 10 százalék.

Reformok

A 2010 előtti főbb olasz reformfolyamatok, melyek napjainkban éreztetik hatásukat, a következő területeket érintették:

- az alapellátás terén csoportpraxisok és integrált ellátó hálózatok kialakítása
- a fekvőbeteg-ellátó létesítmények finanszírozásában áttérés a DRG modellre,
- magánbiztosítást ösztönző intézkedések, az ellátás magán szférát érintő költségeinek növelése (co-payment bevezetése a szakellátás, gyógyszerek terén),
- helyi egészségügyi hatóságok átszervezése és számuk csökkentése, autonóm profit-orientált központokká történő alakításuk
- változtatások a gyógyszerárak kialakításában és a gyógyszerköltségek térítésében
- elektronikus egészségügyi kártya bevezetése
- pszichiátriai intézetek bezárása, közösségi ellátás népszerűsítése
- a rehabilitációs szolgáltatások multidiszciplináris megközelítése, rehabilitációs út fejlesztése, személyre szabott rehabilitációs projektek, a beteg és hozzátartozói bevonása a rehabilitáció folyamatába

A válság hatására gazdasági megszorítások, az egészségügyben kiadáscsökkentések léptek hatályba, a lakosságra nehezedő terhek pedig növekedtek.

2010-től a magas deficitet termelő régióknak a hiány csökkentése érdekében a helyi adókat emelniük kellett.

2011-ben az olasz kormány 1 milliárd euróról 236 millió euróra csökkentette az egészségügy infrastrukturális beruházási költségeit, 91,9 millió euróról 18,4 millió euróra a népegészségügyi kutatások támogatásának keretösszegét, 29,6 millió euróról 5,9 millió euróra az egészségfejlesztési és a betegségmegelőzési alap költségvetését, valamint 1 millió euróval csökkent a palliatív ellátás költségvetése. (Mladovsky et al., 2012)

2011-től 10 euróval nőtt az szakorvosok felkeresése esetén térítendő díj, valamint a kórházi sürgősségi ellátás indokolatlan igénybe vétele esetén 25 euró díjat kell téríteni. (Mladovsky et al., 2012)

A Regionális Egészségügyért Felelős Országos Ügynökség (AGENAS) 2011-2012-es elemzése szerint a magasabb önrészfizetés a szakellátás (különösen a laboratóriumi vizsgálatok) igénybevételében 8,5 százalékos csökkenést eredményezett. (Ferré, 2012)

2012 elején 7,95 millió euróval csökkentették az egészségügyi kiadásokat, 2012 nyarán további 4,7 millió eurós csökkentés történt. Az orvosok részére kötelezővé tették a generikumok felírását és tovább csökkent a gyógyszerekre fordított állami kiadás. (Paterlini, 2013)

A 2012-ben elfogadott egészségügyi reform központi témája az egészségügyi ellátás költséghatékonyságnak javítása, az ellátás regionális szintű átszervezése. 24 órán át elérhető háziorvosi csoportpraxisok segítik az ellátáshoz való hozzáférés javítását, az egészségügyi tarifákat aktualizálják, a kórházak és helyi egészségügyi hatóságok irányítását átszervezik. Szigorítják a dohányzással, és alkoholfogyasztással kapcsolatos szabályozásokat, felülvizsgálják a támogatott gyógyszerek listáját, egészségügyi technológiai értékelést alkalmaznak a kevésbé hatékony gyógyszerek árainak újratárgyalása során. (Paterlini, 2013)

Források

- Ärzteblatt: EU-Finanzkrise und die Folgen: Am Ende bezahlen die Kranken. Deutsches Ärzteblatt, 41. szám. 2012. október 12. <http://www.aerzteblatt.de/archiv/131710>
- Belvis A. et al (2012): The financial crisis in Italy: Implications for the healthcare sector. In: Health Policy 106, S. 10-16.
- Belvis A.: National Outcomes Programme <http://www.hspm.org/countries/italy25062012/countrypage.aspx>
- Commonwealth Fund (2013), "The Italian Health Care System 2013", International Profiles of Health Care Systems 2013, The Commonwealth Fund, NewYork.
- Croce Rossa Italiana : <http://cri.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/1811>
- De Pietro, C. (2006), "Private Medical Services in the Italian Public Hospitals: The Case for Improving HRM", Health Policy, Vol.78, pp. 56-69.

-
- Ferré F.: Standard cost of production in healthcare introduced in 2013. 18/02/2013
<http://www.hspm.org/countries/italy25062012/countrypage.aspx>
 - Ferré F.: Impact of higher copayments for outpatient care . 2012,
<http://www.hspm.org/countries/italy25062012/countrypage.aspx>
 - Health Care System in Transition, Italy, 2009. European Observatory of Health Care Systems:
<http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory/health-systems-in-transition-hit-series/countries-and-subregions/italy-hit-2009>
 - Health for All Data Base. European Region. WHO Regional Office for Europe, 2014
 - ISTAT: Annual Report 2012 - The state of the Nation; Italy in figures 2012
 - Ministero della Salute:
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?lingua=italiano&area=118%20Pronto%20Soccorso
 - Mladovsky et al: Health policy responses to the financial crisis in Europe.WHO, 2012.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/170865/e96643.pdf
 - OECD Factbook 2013 Economic, Environmental and Social Statistics
 - OECD Health Policy Studies: Waiting Time Policies in the Health Sector What Works? OECD, 2013
 - OECD Statistics: <http://www.oecd.org/statistics/>
 - Paterlini, M.: Italy's health system reforms on hold. The Lancet. Volume 381, Issue 9872, Pages 1085 - 1086, 2013, [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)60745-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)60745-X/fulltext)
 - Ruggeri K., Nolte E.: Pharmaceutical pricing, Rand 2013
http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_reports/RR200/RR240/RAND_RR240.pdf
 - Südtirol Online: Gesundheitsdekret verabschiedet: Basisärzte 24 Stunden zur Stelle, 2012
<http://www.stol.it/Artikel/Politik-im-Ueberblick/Politik/Gesundheitsdekret-verabschiedet-Basisaerzte-24-Stunden-zur-Stelle>
 - Turchetti, G. (2009), "The Interaction of Public and Private Systems in Health Care Provision: The Italian Two-faced Janus", European Papers on the NewWelfare,
<http://eng.newwelfare.org/2009/01/08/the-interaction-of-public-and-private-systems-in-health-care-provision-the-italian-two-faced-janus/#.UbcJUDP5DsM>
-