

Реферат обзора

Италия

Основные положения

Введение

Италия – государство на юге Европы, которое граничит с Францией, Швейцарией, Австрией и Словенией. В 2004 году население Италии составляло 57,5 миллиона человек. По Конституции 1984 года Италия представляет собой парламентскую республику с двухпалатным парламентом, состоящим из Палаты депутатов и Сената. Главой государства является президент, избираемый каждые 7 лет совместным голосованием обеих палат. Правительством руководит премьер-министр, который, как правило, возглавляет правящую партию (т.е. партию большинства в Палате депутатов). В административно-территориальном плане страна делится на 20 областей, очень разных по размеру, составу населения и уровню экономического развития. С начала 1990–х годов полномочия органов регионального управления существенно расширились, особенно в области финансирования сферы здравоохранения и предоставления медицинского обслуживания.

За последние десятилетия состояние здоровья населения Италии улучшилось по ряду показателей. В 2005 году ожидаемая продолжительность жизни в среднем составляла 77,6 лет у мужчин и 83,2 года у женщин, в то же время отмечается резкое снижение таких показателей, как смертность взрослого населения и младенческая смертность. Вместе с тем, практически все демографические показатели и показатели состояния здоровья (как среди мужчин, так и среди женщин) заметно варьируются

по регионам страны, отражая неравенство уровня экономического развития северных и южных регионов. В структуре заболеваемости населения Италии основными заболеваниями являются болезни органов кровообращения, злокачественные новообразования и болезни органов дыхания. Основными проблемами системы здравоохранения остаются борьба с курением и постоянно растущим уровнем ожирения (особенно среди молодежи).

Организация

Система здравоохранения Италии (Servizio Sanitario Nazionale, НСЗ) представляет собой государственную службу, имеющую свои представительства в каждом регионе и обеспечивающую все население страны бесплатными медицинскими услугами. На общенациональном уровне НСЗ отвечает за обеспечение достижения основных целей и разработку ключевых принципов функционирования государственной системы здравоохранения. Региональные органы власти и их региональные департаменты здравоохранения ответственны за обеспечение государственных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи в сети медицинских организаций (azienda sanitaria locale, локальные медицинские предприятия – ЛМП) и аккредитованных больниц (государственных и частных). Качество медицинских учреждений и оказываемых услуг на севере и юге страны значительно различается, в связи с чем пациенты часто вынуждены обращаться за медицинской помощью в учреждения, находящиеся в другом регионе (особенно при необходимости лечения в больницах третичного уровня).

Государственные гарантии предоставления медицинской помощи, оказываемые в рамках НСЗ (livelli essenziali di assistenza (LEA)) определяются в терминах позитивного и негативного списков. Позитивный список услуг включает в себя услуги, предоставляемые НСЗ в обязательном порядке во всех регионах. Регионы могут оказывать своим жителям дополнительные медицинские услуги, не входящие в позитивный список, но они должны их финансировать за счет собственных средств. Некоторые регионы это делают. Негативный список исключает определенные категории медицинских услуг из списка бесплатно предоставляемых, определяемые по ряду критериев (например, вследствие их доказанной клинической неэффективности). НСЗ также разрабатывает позитивный и негативный списки медикаментов в рамках Национального фармацевтического формуляра, определяя, соответственно, медикаменты, которые предоставляются НСЗ бесплатно, и медикаменты, которые должны оплачиваться пациентами.

Финансирование

Общие расходы на здравоохранение, измеряемые в процентах от ВВП, выросли с 7,9% в 1990 году до 8,7% в 2007 году. В 2007 году государственные расходы на здравоохранение составляли 77,0% общих расходов на здравоохранение. Однако данный показатель вообще очень нестабилен и во многом зависит от ВВП и проводимой конкретным правительством политики со-платежей, что влияет на долю частных расходов на здравоохранение. Несмотря на то, что в Италии показатель удельного веса государственных расходов в общих расходах на здравоохранение является одним из самых низких среди стран Европейского союза, объем государственного финансирования отрасли остается одним из насущных политических вопросов на национальном и региональном уровне, в основном в силу высокого дефицита бюджета. По данным исследований

государственных расходов на здравоохранение, различия в региональном финансировании отрасли в основном объясняются социально-экономическими факторами, такими как различия в ВВП и в обеспечении населения медицинскими услугами.

Система здравоохранения в основном финансируется из средств целевого налогообложения на центральном и региональном уровне посредством налога на прибыль, который взимается с добавленной стоимости компаний, налога на заработную плату государственных служащих и дополнительного регионального подоходного налога. Последний взимается на национальном уровне, но 90% от сборов возвращается в бюджет регионов, что благоприятно сказывается на экономике областей, где развита промышленность. Сложившаяся ситуация привела к длительным спорам между регионами и центральным правительством относительно схем финансирования системы здравоохранения. В 2001 году правительство выступило с инициативой создания Национального фонда солидарности, финансируемого центральным правительством за счет НДС, с целью перераспределения ресурсов по регионам, не способным финансировать государственные гарантии предоставления медицинской помощи. Так как консенсуса в споре о справедливой формуле перераспределения средств достичь не удалось, процесс создания фонда был практически остановлен.

Финансирование стационаров составляет значительную часть расходов на здравоохранения, и достигало в 2005 году 46%. Финансирование первичного звена составляло 46% расходов, уровень финансирования общественного здравоохранения остается стабильным и составляет лишь 3,6%. Административные расходы составляют 4,3%, которые вместе с расходами на общественное здравоохранение снижаются с течением времени. Больше средств выделяется на первичную помощь и помощь, оказываемую

на уровне поселений, где отмечается нежелательная тенденция резкого роста объема расходов на медикаменты.

Стационарная и первичная помощь являются бесплатными в момент ее предоставления. Личные платежи граждан осуществляются в двух формах. Первая форма – участие граждан в расходах: со-платежи граждан за диагностические исследования, услуги узких специалистов и приобретение медикаментов (в тех регионах, которые выбрали политику взимания со-платежей на медикаменты с целью сдерживания роста расходов на их приобретение). С 2007 года введены фиксированные со-платежи за необоснованное посещение отделений скорой помощи больниц. Вторая форма – прямые платежи граждан на получение медицинских услуг частным образом и приобретение лекарств, отпускаемых без рецепта. В 2004 году на долю со-платежей и прямых платежей приходилось 19,6% общих расходов на здравоохранение и 83% частных расходов на здравоохранение. Система со-платежей не распространяется на детей до 14 лет, пожилых людей в возрасте 65 лет и старше, чей общий годовой доход не превышает 36 152 евро, людей с хроническими и редкими заболеваниями, людей с ограниченной дееспособностью, ВИЧ-инфицированных, преступников и беременных женщин.

Добровольное медицинское страхование (ДМС) в силу почти универсального охвата населения не играет значимой роли в финансировании системы здравоохранения Италии. В целом, доля затрат на ДМС составляет менее 5% как общих, так и частных расходов. ДМС выступает либо в виде дополнительного страхования, покрывающего со-платежи, невозмещаемые услуги, стоматологическую помощь и оплату за пребывание в стационаре в частной палате, либо в виде дополняющего страхования, связанного с предоставлением права большего выбора медицинских учреждений и доступа к частным поставщикам медицинских услуг.

Предоставление медицинских услуг

За последние двадцать лет значительно выросла численность медицинского персонала, в том числе врачей общей практики, педиатров, врачей стационаров и стоматологов. Исключением в данном случае являются медицинские сестры стационаров, численность которых была ниже потребности. С 2005 года наблюдалось некоторое увеличение их численности, достигнутое за счет внедрения мер, направленных на повышение престижа этой специальности и привлечение медсестер из-за границы.

Услуги общественного здравоохранения предоставляются локальными медицинскими предприятиями (ЛМП), оказывающими услуги в сфере профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни, безопасности продуктов питания, предотвращения профессиональных заболеваний и производственных травм, ветеринарии.

Услуги ПМСП оказываются врачами общей практики, педиатрами и самозанятыми независимыми врачами, работающими самостоятельно по государственному контракту. Услуги первичной помощи оплачиваются по подушевому принципу по количеству прикрепленного населения (детей и взрослых). Несмотря на существующие механизмы финансового стимулирования врачей ПМСП, направленные на совместное использование помещений клиник и развитие групповых практик, они, как правило, предпочитают работать в качестве самостоятельной соло практики.

Специализированная амбулаторная помощь, включающая консультации и диагностику, предоставляется либо ЛМП, либо аккредитованными государственными и частными медицинскими учреждениями, подписавшими контракт с ЛМП. Списки

предоставляемых услуг значительно варьируются по регионам. Пациенты могут получить помощь узкого специалиста по направлению врача общей практики, в отдельных случаях для определенных услуг они могут обратиться к узкому специалисту напрямую, воспользовавшись центральной электронной системой записи (*centrounico di prenotazione* (CUP)).

В настоящее время стационарная помощь оказывается в основном государственными учреждениями (669 стационаров), оказывающими как стационарную, так и амбулаторную помощь. Наряду с этим, ЛМП заключают контракты на оказание услуг с 553 частными больницами, в основном некоммерческими. С 1994 года большинство больниц (высокоспециализированные стационары национального подчинения) получили финансовую и техническую независимость, им был предоставлен статус самостоятельных стационарных предприятий (*aziende ospedaliere*). Все остальные государственные больницы напрямую подведомственны ЛМП. В результате сокращения коечного фонда и проведения политики сокращения неоправданного потребления стационарной помощи, проводимой в 1990 – 2000 гг., резко сократилось число госпитализаций. Уровень госпитализации в Италии является одним из самых низких среди стран ЕС. Пациенты могут получать медицинскую помощь в больницах при ЛМП, где они зарегистрированы, или при другом ЛМП (внутри своего региона или в другом регионе). Таким образом, ЛМП оплачивает лечение своих пациентов в других регионах (так называемая, «внешняя мобильность») и, наоборот, получает деньги за предоставление медицинских услуг больным из других регионов («внутренняя мобильность»).

Государство обеспечивает бесплатной стоматологической помощью следующие категории населения: дети до 16 лет, социально незащищенные группы населения

(люди с ограниченной дееспособностью, ВИЧ-инфицированные, пациенты с редкими заболеваниями) и те, кому требуется неотложная/экстренная стоматологическая помощь. Другие категории населения должны оплачивать стоматологическую помощь за собственный счет. Тарифы на стоматологические услуги устанавливаются централизованно в национальном формуляре. Регионам также разрешается проводить дополнительные мероприятия и акции по продвижению стоматологической помощи: так, в Лацио была успешно проведена и внедрена программа по оказанию данного вида услуг престарелым.

Лекарственные препараты продаются в государственных и частных аптеках, получивших аккредитацию. Частные аптеки (92% всех аптек) принадлежат фармацевтам, действующим в качестве независимого поставщика в рамках НСЗ, остальные 8 аптек управляются фармацевтами, которые являются муниципальными служащими. Все аптеки наделяются правом продажи не только рецептурных средств, но и коммерческих товаров, включая биндажи, противозачаточные средства, предметы личной гигиены, парфюмерно-косметическую продукцию и товары для детей (подгузники и детское питание). В некоторых аптеках также можно приобрести гомеопатические средства. В 2007 году правительство разрешило повсеместную продажу безрецептурных препаратов в местах общего пользования (например, магазинах). Вместе с тем было официально запрещено свободно продавать медикаменты, отпускаемые по назначению врача общей практики.

Механизмы эффективной координации медицинской и социальной помощи в целях обеспечения долговременной помощи престарелым и людям с ограниченной дееспособностью до сих пор не вполне сформировались, что отчасти объясняется наличием множества поставщиков по разным видам услуг. В результате, некоторые

муниципалитеты передали полномочия по организации долговременной помощи на уровень ЛМП. Уход за этими группами населения осуществляется в лечебницах и домах престарелых (учреждения квалифицированного сестринского ухода – УКСУ) и посредством предоставления помощи на дому. Услуги в УКСУ обычно предоставляются пациентам, чье состояние здоровья требует интенсивной помощи и использования медицинских ресурсов, помощь на дому предоставляется пациентам, не имеющим критических проблем со здоровьем. С конца 1990-х годов была введена государственная политика в области оказания паллиативной помощи, в результате чего удалось привлечь внимание к данному вопросу и увеличить объем предоставляемых населению услуг в хосписах, дневных стационарах и отделениях паллиативной помощи в больницах. До 1999 года данные услуги предоставлялись в ограниченном количестве и преимущественно в северных районах страны. Еще потребуется большая работа по повсеместному распространению данного вида услуг. Успеха удалось добиться благодаря вкладу общественных организаций, которые и сегодня играют ключевую роль в обеспечении населения этим видом помощи.

В секторе охраны психического здоровья Италии произошли существенные изменения: переход от психиатрических лечебниц старого типа (до 1978 года) к новым психиатрическим службам, работающим на поселенческом уровне. В настоящее время внутри каждой ЛМП работают отделы охраны психического здоровья, включающие в себя работников разных специальностей. Их деятельность направлена на организацию мер по профилактике психических заболеваний, обеспечению лечения и реабилитации на подведомственной территории. Услуги

оказываются в ряде учреждений, включая местные центры охраны психического здоровья, отделения стационара общих больниц, дневные стационары и лечебницы, дома престарелых. В настоящее время в секторе отмечена тенденция к более тесному сотрудничеству различных служб. Значительная часть услуг, предоставляемых людям с психическими расстройствами и неспособностью к обучению, предоставляется общественными организациями.

Основные реформы в области здравоохранения

К числу наиболее важных государственных реформ, проводимых с начала 1990-х годов, относятся: передача региональным правительствам ответственности за оказание медицинской помощи и постоянное усиление их компетенции в сфере оказания и финансирование медицинских услуг; одновременное предоставление большей управленческой независимости больницам и ЛМП; введение единой программы государственных гарантий по предоставлению медицинской помощи всем гражданам страны; внедрение национальных клинических руководств по повышению качества медицинского обслуживания; разработка системы электронной карты больного. Основными проблемами, которые должны решаться в децентрализованной системе здравоохранения Италии являются: сокращение регионального неравенства в качестве предоставляемой медицинской помощи, разработка национальной политики в отношении мобильности пациентов; реструктуризация ПСМП; интеграция служб скорой медицинской помощи, переливания крови и трансплантации органов; интеграция медицинской, социальной и паллиативной помощи.