



# Реферат обзора

# Италия

## Общий обзор

Система здравоохранения Италии претерпела серьезные изменения с тех пор, как в 1978 г. была введена модель государственного здравоохранения. Реформы 1990-х гг. включали децентрализацию национальной системы здравоохранения — с одной стороны, за счет придания регионам большей финансовой и политической самостоятельности, с другой — увеличения административных полномочий нижестоящих организаций — поставщиков и потребителей медицинских услуг. Хотя эти реформы и принесли определенный положительный результат, удовлетворенность граждан медицинским обслуживанием в конце 1990-х гг. по-прежнему не превышала средних показателей по ЕС, что подтверждает необходимость дальнейшего совершенствования.

## Затраты на здравоохранение и ВВП

Общий объем затрат на здравоохранение в 1999 г. составил 8,4% от ВВП (1839 долларов на душу населения); этот показатель максимально приближается к среднему по ЕС. Вклад государства составляет 68% от общего объема затрат (один из самых низких в Европе).

## Введение

### Правительство и последние политические события

Италия — парламентская республика; основой ее политической системы служит Конституция, принятая в 1948 г. С тех пор действует избирательная система, основан-

Рисунок 1. Общие расходы на здравоохранение (% ВВП) в Италии, в некоторых странах и ЕС в среднем



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ

ная на принципе строгой пропорциональности, и вся власть принадлежит коалиционному правительству. С 1948 г. до конца 1970-х гг. премьер-министр постоянно избирался из членов Христианской демократической партии. С начала 1990-х гг. глубокий политический кризис привел к радикальной перестройке существующих демократических институтов, в том числе избирательной системы. В 1996 г. коалиция

Европейская обсерватория  
по системам здравоохранения,  
Европейское региональное бюро ВОЗ  
Адрес: Scherfigsvej 8 DK-2100 Copenhagen  
Телефон в Дании: +45 39 17 17 17  
Факс: +45 39 17 18 70  
Электронная почта: [observatory@who.dk](mailto:observatory@who.dk)  
Сайт в интернете: <http://www.observatory.dk>

«левых» партий вступила в центральное правительство. В мае 2001 г. консервативная правоцентристская коалиция «Полюс свободы» получила большинство голосов на выборах.

## **Население**

В 2000 г. население составило 57,7 млн человек. Темп прироста населения весьма мал (1,8% за 1997 г.). Этому способствует, наряду с одним из самых низких в мире показателей рождаемости (1,19 в 1998 г.), наибольшее в странах ЕС соотношение пожилых людей и молодежи (125 человек в возрасте 65 лет и старше на каждые 100 человек 14 лет и младше).

## **Средняя продолжительность жизни**

Средняя продолжительность жизни постоянно увеличивалась в течение 1980-х гг.; в 1990-х гг. рост продолжился; в 1999 г. средняя продолжительность жизни составила 81,2 года для женщин и 75,8 года для мужчин, превысив средние показатели Европейского союза.

Различия в продолжительности жизни между отдельными регионами в 1997 г. не превышали  $\pm 2$  лет.

## **Основные причины смерти**

Наиболее частыми причинами смерти служат онкологические и сердечно-сосудистые заболевания; до 35 лет преобладают несчастные случаи и травматизм в целом.

## **Последние события в системе здравоохранения**

На рубеже XX века роль государства в здравоохранении было незначительной. Процесс введения обязательного медицинского страхования для рабочих и членов их семей, начатый еще во времена фашистского режима, активно продолжился в послевоенные годы. К середине 1970-х гг. эта система распалась на ряд медицинских страховых фондов, не имеющих единого

руководства. В 1978 г. все они были упразднены, и введено государственное медицинское обслуживание. Целью новой системы было предоставление всем гражданам одинакового пакета льгот за счет централизованного финансирования.

## **Направления реформ**

В 1992 г., столкнувшись со множеством трудностей при введении государственного медицинского обслуживания, правительство запустило реформу поощрения конкуренции — с целью удержания цен и улучшения результатов обслуживания при сохранении всеобщего охвата. Тем не менее неудовлетворенность этими реформами побудила правительство в конце 1990-х годов реорганизовать национальную систему здравоохранения с помощью введения фискального федерализма и усиления главенствующей роли центральных органов по отношению к региональным и местным исполнителям, которые становятся все более самостоятельными.

## **Структура и управление**

В итальянской системе здравоохранения существует три уровня: центральный, региональный и местный.

Центральный уровень представлен в основном Министерством здравоохранения.

В его задачи входит:

- определение стратегии здравоохранения при составлении Государственного плана здравоохранения;
- проектирование основ законодательства;
- обеспечение межрегионального распределения ресурсов;
- координация деятельности государственных научно-исследовательских институтов, Национального Института здоровья (основной научно-технической организации).

В 1992 г. Министерство прекратило регулировать цены на лекарственные средства

и критерии включения препаратов в льготный список. Эта функция в 1994 г. перешла к междепартаментскому комитету экономического планирования. Вклад в здравоохранение вносят и другие министерства: общественных дел (координирует взаимоотношения медицинского и социального обслуживания); финансов (принимает участие в утверждении бюджета здравоохранения, обеспечивает поддержку и осуществляет контроль над финансируемым здравоохранением).

С 1992 г. региональное управление (региональное правительство и парламент) занимается организацией, планированием, выполнением законодательных предписаний в сфере медицинского обслуживания, а также наблюдением за качеством и результатами работы местных органов здравоохранения, государственных и частных больниц. Начиная с 1998 г. его функцией является выполнение основных государственных задач, обозначенных в Государственном плане здравоохранения.

На местном уровне за оказание всестороннего медицинского обслуживания отвечают местные учреждения здравоохранения. Определение их структуры и контроль деятельности осуществляется региональным управлением. Структура медицинского обслуживания включает четыре ступени:

- государственные больничные тресты, которые занимаются оказанием высокоспециализированной медицинской помощи, имеют статус полунезависимых государственных учреждений и находятся под руководством регионального департамента здравоохранения;
  - специализированные больницы, организация и управление которыми осуществляется на местном уровне;
  - первичная медицинская помощь, в том числе амбулаторные консультации специалистов, патронажное обслуживание, дневной стационар, в основном на базе оздоровительных центров;
  - программы медицинской профилактики и развития, выполняемые в государственных учреждениях здравоохранения.
- Государственные научно-исследователь-

ские институты и частные аккредитованные учреждения (ответственные за амбулаторное, стационарное и диагностическое обслуживание за счет средств государственной системы здравоохранения) на местном уровне входят в структуру медицинских служб местного уровня, которая действует с 1992 г.

В 1999 г. около 33% населения было охвачено частным медицинским страхованием. В том же году вышел закон о дополнительном, добровольном частном страховании для оплаты медицинских услуг, не входящих в перечень бесплатных в государственной системе здравоохранения.

### **Планирование, регулирование и управление**

Реформы 1992 года утвердили обязанности регионов по планированию. В 1998 г. был утвержден первый Государственный план здравоохранения. Цели, стратегия и выполнение его должны были определяться с учетом предложений, разрабатываемых ежегодно в региональных департаментах здравоохранения. В свою очередь, регионы отвечают перед центральным правительством за выполнение государственных и региональных задач. На местном уровне выполнение местного плана должно быть согласовано с региональным.

### **Децентрализация системы здравоохранения**

В ходе 1990-х гг. процесс перехода к федеральным реформам протекал параллельно активному введению фискального федерализма.

Кроме того, с 1992 г. в государственной системе здравоохранения начался процесс передачи полномочий: все местные учреждения здравоохранения и высокоспециализированные больницы получили статус самостоятельных корпораций. Передача полномочий была частью обширной программы структурных изменений. Эта программа ставила перед собой цель ввести управляемую конкуренцию между госу-

дарственными и частными (аккредитованными) организациями.

## **Финансирование и затраты на здравоохранение**

Реформа 1978 г. предусматривала всеобщий охват населения медицинской помощью, а также финансирование государственной системы здравоохранения полностью за счет налоговых сборов (при минимуме частных вложений). Эта цель была почти достигнута, однако в настоящее время все же имеются ограничения в медицинском обслуживании для нелегальных иммигрантов. Также не был осуществлен принцип полностью налогового финансирования, так как на протяжении 1990-х гг. взносы медико-социального страхования все еще составляли более половины общего объема государственных вложений. Не было достигнуто и ожидаемое сокращение частного финансирования.

Введение новой финансовой системы в 1978 г. хоть и улучшило существующее положение, но не решило всех проблем. В частности, оно привело к серьезному неравенству в отношении наемных рабочих и частных предпринимателей и недостаточно обеспечило материальное восполнение и контроль региональных нужд. Реформы здравоохранения 1992—1993 гг. и налоговые реформы 1997—2000 гг. были нацелены на устранение этих недостатков с помощью дотаций в рамках политики сдерживания цен и, соответственно, введения фискального федерализма. Однако, по-видимому, продолжает существовать проблема общегосударственной задолженности.

### **Льготы в медицинском обслуживании**

Реформа 1978 г. гарантировала доступность большого перечня государственных медицинских услуг, однако детально не

обозначила льготных критериев для включения в него. Хотя в Государственном плане здравоохранения на 1998—2000 гг. подчеркивались необходимость и способы детальной разработки этого перечня, реально в этом направлении достигнут лишь незначительный прогресс.

### **Дополнительные источники финансирования**

В Италии существуют два типа наличных платежей, причем оба пользуются налоговыми льготами. Первый — частичная оплата пользующихся спросом диагностических процедур, лекарственных средств и консультаций специалистов в государственных учреждениях. С 1993 г. потребители полностью оплачивают стоимость амбулаторных услуг — в пределах определенного максимума, который в 2000 г. составил 36 евро. Пациенты с хроническими или редкими заболеваниями, беременные женщины и инвалиды освобождаются от платы, как и лица с низким уровнем дохода. Второй тип наличных платежей — непосредственная оплата частных медицинских услуг и патентованных лекарств.

Варианты спроса на частное медицинское страхование включают: корпоративный (когда компания страхует своих служащих, иногда членов их семей) и добровольный (когда люди сами оплачивают взносы за себя или своих родных). Этот спрос покрывается за счет коммерческих (60%) и благотворительных (40%) организаций. Сектор частного страхования недостаточно интегрирован в государственный сектор, так как компании в основном обеспечивают те учреждения, которые скорее заменяют, а не дополняют государственные.

Реформирование частных медицинских страховых компаний в 1999 г. ставило целью расширение рынка полисов для охвата частично оплачиваемых и дополнительных медицинских услуг, не включенных в основной государственный список.

## Затраты на здравоохранение

В период с 1980 до 1999 г. общий объем затрат на здравоохранение увеличился с 43,7 до 85,5 млн. евро. Введение схем частичной оплаты амбулаторного обслуживания и лекарственных средств привело к увеличению доли частных затрат, которая в 1999 г. составила 32% (одна из самых высоких в Европе). Хотя межрегиональные различия по уровню затрат на душу населения и уменьшились в 1990-е гг., однако они все еще остаются существенными.

## Система оказания медицинской помощи

### Первичная медицинская помощь

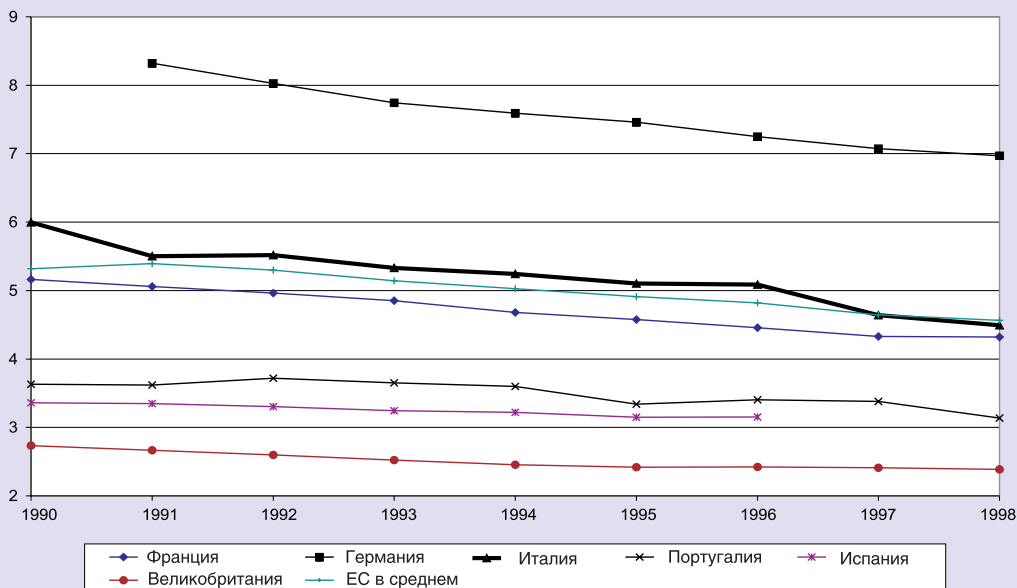
Первичная медицинская помощь оказывается врачами общей практики и педиатрами, заключившими независимый контракт с государственной системой здраво-

охранения. Они предваряют доступ к специализированному обслуживанию. Пациенты сами могут выбрать, к какому врачу им обратиться, — пока их число на приеме конкретного врача не достигнет определенного максимума. Целью реформы 1999 г. было развитие групповой врачебной практики и содействие более тесной взаимосвязи первичной медицинской помощи и других видов обслуживания (например, социального).

### Государственные медицинские учреждения

Местные органы здравоохранения отвечают за охрану и укрепление общественного здоровья, главным образом за счет предупреждения заболеваний (в особенности вакцинации), медицинского просвещения, санитарного контроля пищевых продуктов. Также в их функции входит ветеринарная помощь (составная часть итальянской системы здравоохранения).

Рисунок 2. Число коек в обычных больницах на 1000 населения в Италии, некоторых других странах и ЕС в среднем в 1990—1998 гг.



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ

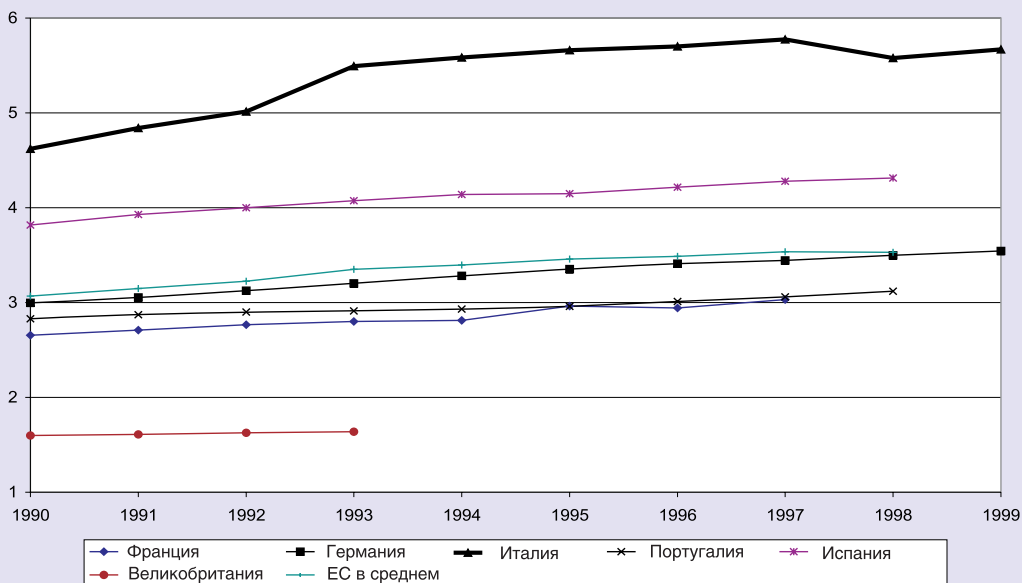
## Специализированная медицинская помощь

Специализированное медицинское обслуживание осуществляется как за счет местных органов здравоохранения, так и за счет аккредитованных ими государственных и частных учреждений, работающих не на контрактной основе. С утверждением законодательных основ оказания специализированной помощи появилась свобода выбора пациентами любого медицинского учреждения среди тех, которые аккредитованы в национальной системе здравоохранения. С 1993 г. введена оплата всех амбулаторных услуг, стоимость которых не превышает определенный максимум (36 евро в 2000 г.). Дороговизна обслуживания наряду с его низким качеством и длинными очередями побуждает пациентов обращаться за помощью в негосударственные учреждения, особенно в центральных и южных регионах.

Начиная с 1994 г. местные органы здравоохранения и крупные больницы (имеющие статус независимых трестов) обрели финансовую и технологическую самостоятельность. К тому же принцип свободного выбора, действующий с 1978 г., распространился и на частные клиники, работающие не по контракту, как в рамках местного здравоохранения, так и вне пределов региона, что способствовало усилению межрегиональных потоков пациентов. С помощью введения проспективной системы оплаты стационарного лечения и повышения финансовой ответственности регионов реформа 1992—1993 гг. повысила заинтересованность регионов в обслуживании как можно большего числа больных. Возможно, в дальнейшем это усилит поток пациентов с юга на север.

Как поликлинические, так и стационарные отделения больниц обеспечиваются в основном за счет государства (61%). Остаточные 39% приходятся на долю уч-

Рисунок 3. Число врачей на 1000 населения в Италии, некоторых других странах и Европейском союзе в среднем в 1990—1999 г.



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ

реждений, не заключавших контракт и финансируемых в основном благотворительными организациями. Число больничных коек на 1000 населения медленно снижалось в течение 1990-х гг., с 7,2 в 1990 г. до 5,9 в 1997 г. За 1990—1997 гг. темпы поступления больных увеличились с 15,5 до 18,3 на 100 населения, а средняя продолжительность пребывания в стационаре уменьшилась на 3,6 дня. Эти тенденции, скорее всего, отражают результаты проспективной системы оплаты, введенной в начале 1990-х гг.

## **Социальное обеспечение**

Разделение функций социального и коммунального обслуживания между двумя различными муниципалитетами воспрепятствовало созданию единой системы медико-социального обеспечения. Директивы конца 1990-х гг. ставили перед собой целью улучшение координации и интеграции медицинского и социального обслуживания.

## **Медицинские кадры и их подготовка**

В период 1970—1995 гг. в Италии увеличилось число профессиональных врачей. В 1992 г. число поступивших на работу врачей и фармацевтов было одним из самых больших в Западной Европе. С другой стороны, начинающих стоматологов и медсестер было меньше всех по сравнению с другими странами ЕС. Государственный план здравоохранения на 1998—2000 гг. предусматривал создание обширной структуры, регулирующей профессиональное обучение.

## **Лекарственные средства и медицинское оборудование**

1990-е годы — время радикальных изменений в области фармакоэкономики, спрощированных как скандалами, так и стратегией сдерживания цен. В 1994 г. существующий льготный список был ликвидирован и все лекарства были распределены в

четыре группы по размеру частичной оплаты и вариантам льгот. Редко назначаемые препараты были исключены из списка финансируемых государством. В этом же году правительство установило предельные размеры годовых государственных затрат на лекарственные средства. Все, что не входит в установленный перечень, с 1998 г. «закреплено» за частными компаниями, оптовыми поставщиками и фармацевтами. Кроме того, в 1996 г. были установлены рекомендуемые цены. С 1997 г. объем прибыли фармации был отрегулирован в соответствии со снижением цен, для того чтобы стимулировать продажу самых дешевых из имеющихся аналогов. И после реформирования еще многое нуждается в усовершенствовании — например, рынок препаратов-аналогов (которые игнорируются до сих пор) и профили назначений врачей общей практики, которые еще не отслеживались.

Наконец, в Италии до сих пор нет национальной службы по внедрению и финансированию производства медицинского оборудования. Создание таких служб в отдельных регионах уже является многообещающим началом.

## **Распределение финансовых ресурсов**

В период 1978—1992 гг. региональные ресурсы распределялись в основном исходя из формулы на душу населения. В 1997 г. была введена фиксированная величина расходов на душу населения, учитывающая возрастную структуру и состояние здоровья населения региона. По этой же формуле рассчитывались региональные инвестиции в местные органы здравоохранения.

Реформы фискального федерализма 1997—2000 гг. повлекли за собой глубокую перестройку региональной системы финансирования. Были введены региональные налоги на добавленную стоимость для компаний и окладов служащих государственного сектора. Кроме того, в дополнение к национальному подоходному налогу



был установлен региональный налог. В настоящее время регионы получают почти весь доход от этих налогов. С 2001 г., когда был ликвидирован Государственный фонд здравоохранения, задачей правительства стал новый механизм выравнивания налоговых ставок по регионам (государственный накопительный фонд), финансируемый за счет не прямых налогов на добавленную стоимость. Этот механизм переводит средства в регионы с недостатком ресурсов.

### **Финансирование больниц**

После реформы 1992 г. высокоспециализированные больницы получили статус трестов и вместе с ним — относительную финансовую независимость. Государственные больницы, не обладающие статусом трестов, также обрели некоторую экономическую и финансовую автономию, оставаясь, однако, под контролем местных структур здравоохранения. К тому же реформа 1992 г. заменила механизм ретроспективной компенсации проспективной системой оплаты как для поликлинических, так и для стационарных процедур (для реабилитации и длительного лечения все еще применяется показатель койко-дня). Оплата начисляется соответственно государственным стандартам. Регионы могут пересмотреть последние (в пределах некоторого максимума, установленного государством).

Наконец, реформа 1999 года укрепила принципы проспективной системы оплаты как за счет единого финансирования при ведении определенной группы заболеваний в поликлинике и в стационаре, так и за счет установления средней стоимости трансплантации органов, неотложной помощи, длительного ухода, профилактического и социального обслуживания.

### **Зарплата врачей**

Врачи общей практики и педиатры работают по независимому контракту и получают зарплату согласно подушевому принципу. Реформы 1992 и 1999 гг. прибавили к ос-

новному окладу еще две добавки — «поощрения»: плата за специфические виды лечения (например, микрохирургические), и премия за эффективное сдерживание цен (в виде разности ожидаемых и реальных затрат).

Врачи клиник получают зарплату ежемесячно. Ее величина зависит от выполняемой работы.

## **Реформы здравоохранения**

За последнюю четверть XX века Италия пережила три большие волны реформ. В ходе первой (в 1978 году) была организована государственная система здравоохранения, финансируемая за счет налогов, целью которой — обеспечение всех граждан доступной и всесторонней медицинской помощью. Однако последующий финансово-экономический кризис (в конце 1970-х годов) и политика сдерживания цен отодвинули этот процесс на второй план; полностью удалось осуществить лишь задачу всеобщего охвата населения. Финансирование единственно за счет налогов оказалось нереальным, в том числе из-за широко распространенного налогового мошенничества (особенно в группе богатых предпринимателей). Кроме того, налоговая централизация давала регионам повод злоупотреблять средствами и таким образом увеличивать правительственный долг. Другим непредвиденным последствием реформы 1978 г. стало неумелое и излишне политизированное управление на местном уровне.

В период 1992—1993 гг. на фоне глубокого политического и финансового кризиса правительство предприняло вторую реформу здравоохранения. Целью ее стало установление внутреннего рынка наподобие британской модели, а также параллельный процесс передачи регионам политических и финансовых полномочий. Реформы внутреннего рынка предусматривали значительное увеличение управ-



ленческих полномочий местных структур здравоохранения и больниц, а также введение частичного несоответствия спроса и предложения на медицинские услуги. Рыночная конкуренция стимулировалась с помощью введения в системе поликлинического и стационарного обслуживания принципа платы за каждую услугу. Кроме того, работа сети высокоспециализированных больниц и местных структур здравоохранения теперь регулировалась гражданским законодательством. Наконец, были созданы графики медицинского обслуживания для защиты прав граждан в государственных учреждениях; установлен пакет отчетности, произведены и другие мероприятия по улучшению качества обслуживания. Тем не менее наблюдались серьезные отклонения от этой модели внутреннего рынка, а именно перегибы в обеспечении деятельности больниц и их расходов, а также возмещение региональной задолженности; замедленное исполнение реформ внутреннего рынка в менее развитых регионах, и отсутствие четкой грани между спросом и предложением, о чем свидетельствует двойная роль местных структур здравоохранения.

Третья волна реформ реально включала в себя реформы двух видов. Первые были направлены на установление фискального федерализма (начаты в 1997 г. и усовершенствованы в 2000 г.). Вторые вошли в Государственный план здравоохранения на 1998—2000 гг. и последующую реформу здравоохранения 1999 г. Реформа фискального федерализма была направлена на выяснение объема финансирования регионов путем передачи им полной ответственности за обеспечение базового дохода в рамках установленного бюджета. В переходный период полная автономия регионов в отношении распределения фондов на различные нужды не подлежала отслеживанию со стороны правительства.

Введение фискального федерализма сопровождалось значительными спорами. Его защитники утверждали, что он будет способствовать политической гласности и финансовой ответственности. Противники указывали на возможные опасности.

Поскольку налоговая база будет неравномерно распределена по стране, потребуются большие средства для выравнивания налоговых ставок, которые могут ограничить политическую самостоятельность менее богатых регионов. Кроме того, для достижения более или менее соответствующего роста обращения наличных средств регионы с низким уровнем дохода будут вынуждены повысить налоговые ставки по отношению к более богатым соседям, что может препятствовать частным инвестициям. Наконец, излишнее применение косвенных налогов для финансирования здравоохранения в основном ударит по населению с низким уровнем доходов.

Стремление к становлению федерализма также повысило осторожность в отношении возможных негативных эффектов стирания межрегиональных различий.

С этой целью национальный план здравоохранения на 1998—2000 гг. и реформы 1999 г. ввели четыре пакета нормативных актов, направленных на развитие механизмов, гарантирующих одинаковые доступность и характер лечения по всей Италии.

Низкие уровни удовлетворенности населения остаются одной из наиболее стойких проблем здравоохранения, с которой столкнулись все волны реформ. Несмотря на значительный прогресс, в целом удовлетворенность населения медицинской помощью остается в Италии на уровне, значительно меньшем такового по ЕС по данным середины 1990-х гг. В конце 1990-х годов. наибольшую тревогу вызывали административные службы местных структур здравоохранения, неотложная и специализированная поликлиническая помощь. Недовольство населения (в разной степени на юге и на севере) обусловлено также проблемами доступности и высокой стоимости услуг.

## Заключение

Начало итальянской системы здравоохранения в 1978 году представлялось претенциозной и заслуживающей уважения попыткой рационализировать и расширить

услуги государственной системы здравоохранения. Тем не менее в связи с нарастающим финансовым давлением и недостаточной реализацией первоначальные цели реформ были достигнуты лишь частично. Рыночно-ориентированные реформы 1992—1993 гг. представляли собой важную попытку решения наиболее застарелых проблем в этой области.

К периоду 1997—2000 гг. относится ряд принципиально новых изменений, включающих введение фискального федерализ-

ма в 1997 г. и реформы 1999 г., которые явились одной из самых претенциозных в Европе попыток построить детальную структуру управления для обеспечения адекватного уровня качества, эффективности и равной доступности медицинской помощи. Некоторые «проблемные» области до сих пор регулируются не полностью. Продолжается выяснение доступных государственных механизмов, способных гарантировать свободное пользование основным пакетом льгот.

**Таблица 1. Показатели работы больниц в Европейском регионе ВОЗ, 1999 г. или наиболее поздние данные**

Страна	Число больничных коек на 1000 населения	Число поступлений в стационар на 100 населения	Средняя продолжительность пребывания в стационаре, дни	Средняя занятость койки, %
Франция	4,3 <sup>a</sup>	20,3 <sup>d</sup>	5,6 <sup>a</sup>	75,7 <sup>a</sup>
Германия	7,0 <sup>a</sup>	19,6 <sup>b</sup>	11,0 <sup>a</sup>	76,6 <sup>b</sup>
Италия	4,5 <sup>a</sup>	17,2 <sup>a</sup>	7,1 <sup>a</sup>	74,1 <sup>a</sup>
Португалия	3,1 <sup>a</sup>	11,9 <sup>a</sup>	7,3 <sup>a</sup>	75,5 <sup>a</sup>
Испания	3,2 <sup>b</sup>	11,2 <sup>b</sup>	8,0 <sup>b</sup>	77,3 <sup>b</sup>
Великобритания	2,4 <sup>a</sup>	21,4 <sup>b</sup>	5,0 <sup>b</sup>	80,8 <sup>a</sup>

Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ.

Примечания: <sup>a</sup> 1998, <sup>b</sup> 1997, <sup>c</sup> 1996.

Обзор системы здравоохранения Италии подготовили Андреа Донатини (Агентство по региональному медицинскому обслуживанию), Ана Рико (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения), Мария Джузеппина Д'Амброзио, Алессандра Ло Скальцо, Летиция Орцелла, Америко Чиккетти и Сильвия Профили. Редакторы обзора: Ана Рико и Тереза Чертани (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения).

Авторы выражают благодарность Франческо Тарони, Анне Марии Винченца Амикозанте, Маргерите Джаннони-Маззи и Массимо Брунетти за помощь и поддержку.

Европейская обсерватория по системам здравоохранения выражает благодарность Франко Росси, Нерине Диридин, Джорджу Франсу и Джованни Фатторе за рецензирование обзора и Лауре Пеллегрини, директору Агентства регионального санитарного контроля, и Министерству здравоохранения Италии за поддержку.

Каждый обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержит всесторонний анализ систем здравоохранения в определенной стране и ее реформ — проводимых и разрабатываемых. Обзоры служат основой деятельности Европейской обсерватории по системам здравоохранения.

Европейская обсерватория по системам здравоохранения — уникальная организация, в которой сотрудничают региональное Европейское бюро ВОЗ, правительства Бельгии, Финляндии, Греции, Норвегии, Испании и Швеции, Европейский инвестиционный банк, Институт «Открытое общество», Всемирный банк, лондонская школа экономических и политических наук, Лондонская школа гигиены и тропической медицины. Это сотрудничество способствует доказательным началам в руководстве здравоохранением с помощью всестороннего и тщательно-го анализа систем здравоохранения Европы.