

Соціальна політика охорони здоров'я в Італії





Населення – 57 мільйонів



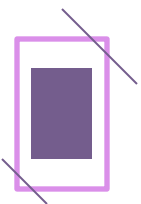
**Лікарів на 10 000
населення – 17**



**Витрати на охорону здоров'я
– 6,9%ВВП**

**Очікувана тривалість
життя – 81,3 років для жінок та 74,9
для чоловіків**





Фінансування носить переважно державний характер



Надання послуг змішане – послуги надаються як державними, так і приватними закладами.



Система охорони здоров'я Італії є вкрай децентралізованою



Парламент встановлює мінімальний гарантований обсяг послуг для всієї країни і визначає умови, за якими населення може отримувати послуги від приватного сектору.



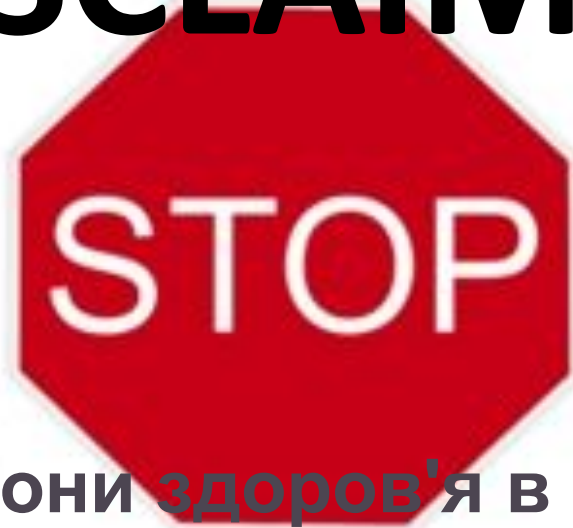


Державний орган

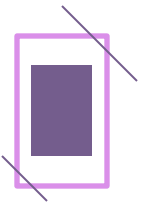
— 01 —

НСОЗ - Національна служба охорони здоров'я, заснована в **1978** році з метою забезпечення універсального доступу до медичних послуг, які, в основному, надаються безоплатно.

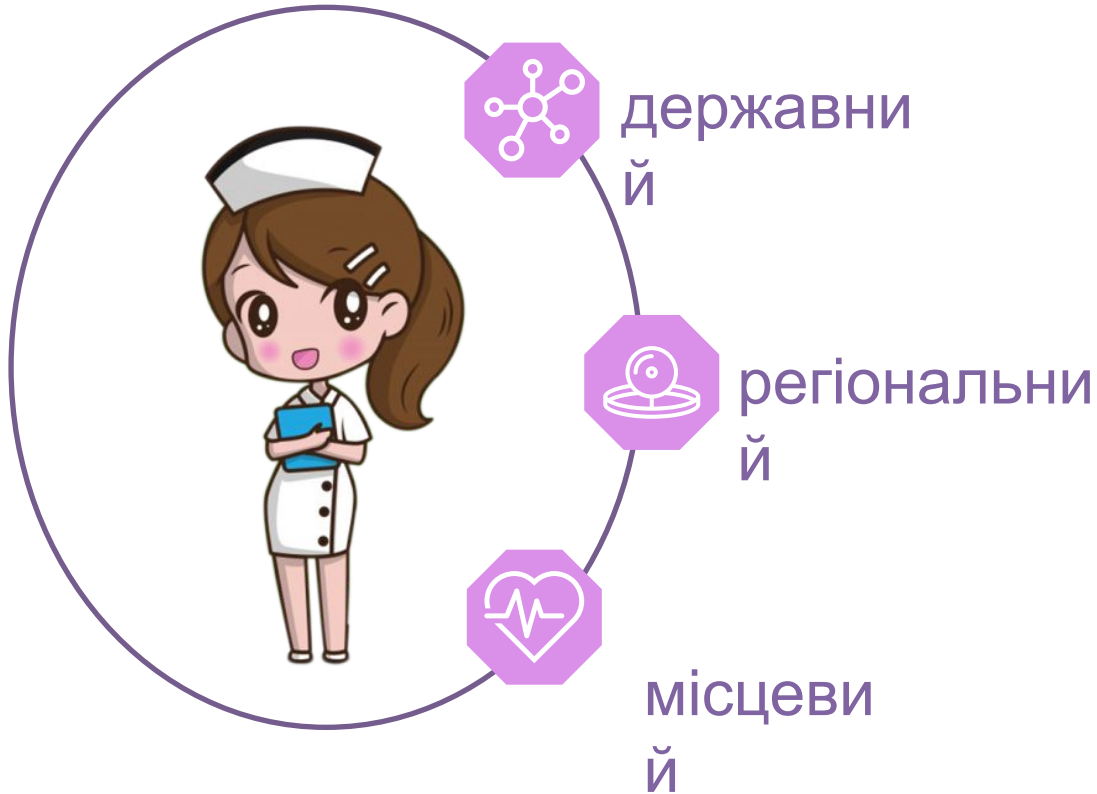
DISCLAIMER

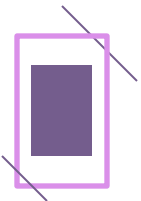


Система охорони здоров'я в Італії дуже заплутана і забюрократизована. Вона працює менш ефективно в порівнянні з іншими країнами ЄС.

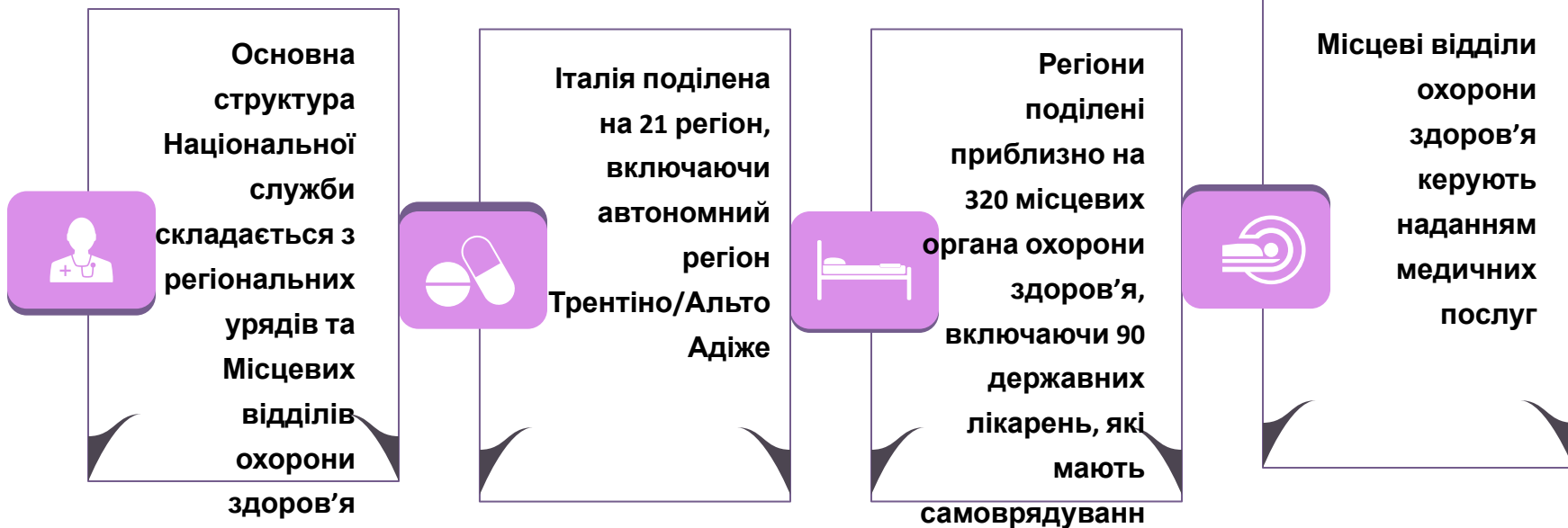


Управління системою охорони здоров'я
має три рівня:





Структура системи управління медичною сферою





Місцеві відділи охорони здоров'я є центром діяльності в сфері охорони здоров'я.

Регіони виконують директивні функції через конкретні регіональні плани. Забезпечення надання медичних послуг на регіональному рівні входить до функцій виборчих рад, при цьому механізми фінансування встановлюються на місцевому рівні.

На центральному рівні виконуються дві основні функції: визначення глобальних ресурсів охорони здоров'я та їх розподіл між регіонами на основі подушного фінансування

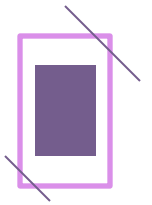
Фінансування

Джерела фінансування



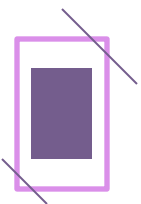


Теоретично роботодавці сплачують 9,6% внесок, а працівники сплачують 0,9% від валової заробітної плати, але фактичні розміри внесків можуть бути різними.



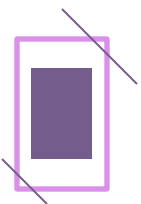
Додаткове страхування було введено під час реформи 1993 року.





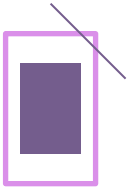
- Лікарні, що приймають участь у системі НСОЗ, фінансуються на основі плати за послугу, а інші витрати просто покриваються відповідними місцевим відділом охорони здоров'я.
- Лікарні, що мають самоврядування, фінансуються своїми регіонами, а не місцевими відділами охорони здоров'я. Оплата частково здійснюється на історичній основі і частково за структурою платежів у відповідності до клініко-статистичних груп.





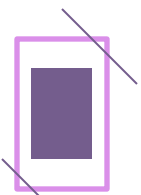
- Витрати приватних лікарень, що мають контракти з регіонами, компенсуються місцевими відділами охорони здоров'я.
- Оплата інших категорій приватних лікарень здійснюється на основі угодженої добової ставки на стаціонарну допомогу та оплати за послугу для амбулаторних пацієнтів.



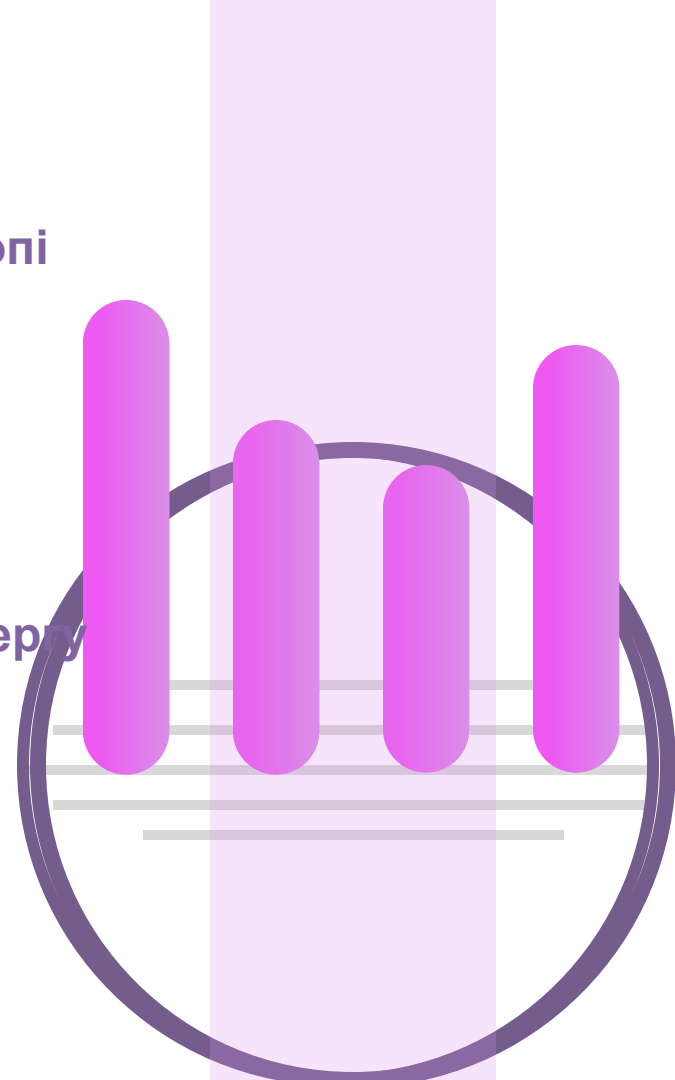


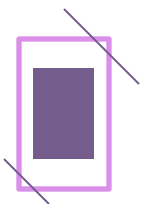
- На Лікі класу В, що видаються за рецептами стаціонарним і амбулаторним хворим встановлена спільна оплата з боку пацієнта у розмірі 50%
- Ліки класу А, призначені для лікування тяжких та хронічних захворювань, надаються фактично безоплатно.
- Пенсіонери, інваліди, нужденні отримують ліки безкоштовно.





- Ціни на ліки в Італії є найвищими у Європі наряду із Францією.
- Витрати на пенсійне забезпечення становлять 15,4%, на освіту і зайнятість - менше 1%
- На отримання інвалідності не в останню чергу впливає соціально-економічний статус.
- У зв'язку з незадоволенням населення державною системою охорони здоров'я зростає кількість населення, яке купує приватні страховки.





COVID-19



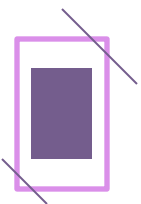
Не дивлячись на те, що децентралізація не є об'єктивно поганою державною політикою, медична система Італії виявилась не готовою до пандемії COVID-19



Можливо, роль зіграли соціально-демографічні чинники і структура соціальних зв'язків.



Однією з причин високої летальності може бути відмінність у системах обчислення жертв. В більшості країн ЄС померлі від ускладнень хронічних хвороб не зараховуються до кількості померлих від COVID-19.



В порівнянні з Німеччиною або Японією, вікова структура яких є дещо схожою до Італійської, кількість померлих набагато більша.



Медична інфраструктура виявилася банально не готовою через проблеми, пов'язані з недостатком фінансування, бюрократизованістю, децентралізованістю системи та нерішучістю уряду.

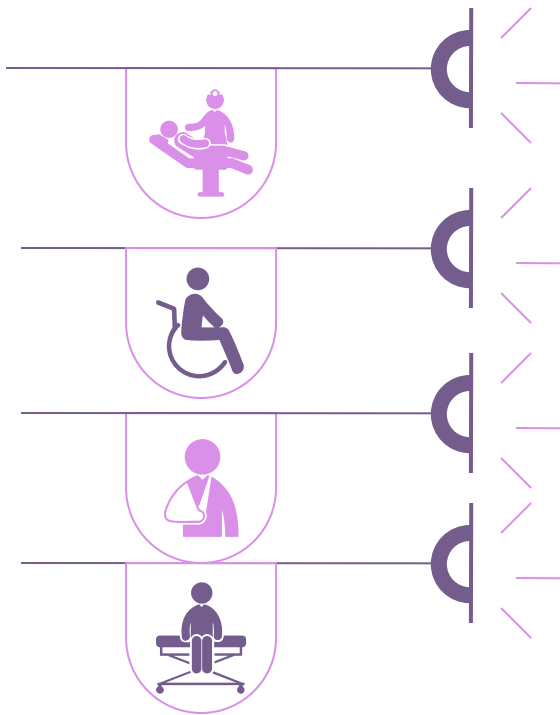
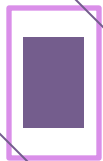


Додатковими факторами могли стати забрудненість повітря у найбільш потерпілих регіонах і наявність хронічних захворювань у потенційних жертв, що знову повертає нас до якості медичних послуг та ефективності медичної системи вцілому.

Статистика



- Рівень незадоволення своєю системою охорони здоров'я в італійському суспільстві вкрай високий — за деякими параметрами він вищий, ніж у всіх інших країнах Європи.
- Приблизно 60% громадян переконані, що країні “гостро необхідна” медична реформа, а ще 24% вважають її “бажаною”.
- В цілому італійці вважають, що система охорони здоров'я повинна діяти на ринковій основі.
- Більше двох третин респондентів (69%) переконані, що якість медичних послуг підвищиться, якщо пацієнти зможуть більшою мірою контролювати витрати на охорону здоров'я.
- 55% італійців вважають: було б набагато простіше, якби пацієнти користувалися медичними послугами за власні гроші.



Висновки



Італія є представником південноєвропейської моделі соціальної політики, тобто розвивалася лише протягом останніх 10-20 років



На відміну від інших країн Європи, медицина фінансується цілком із державного сектора і покриває більшість медичних витрат

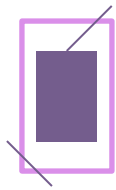


Реформа 1993 року направлена на децентралізацію медичної системи частково погіршила ситуацію регіональної



нерівності між північним і південним регіонами
Проблеми у сфері охорони здоров'я є наслідком структурних проблем державної системи і роботи уряду Італії .





ДЯКУЮ ЗА УВАГУ

