

та розвиток людського потенціалу», в якому має бути чітко, концептуально прописана ідеологія, соціально-економічна політика професійного лікарського самоврядування та узагальнений алгоритм її реалізації.

## МЕДИЦИНА В ІТАЛІЇ – ЩО МИ МОЖЕМО ВЗЯТИ ДЛЯ СЕБЕ?

Чубучна І. І.

м. Львів, Львівський Національний медичний університет імені Данила Галицького

Рідко де можна знайти країну, громадяни якої задоволені своєю системою охорони здоров'я. Це стосується й Італії, основними проблемами є бюрократизованість, зростання витрат і довгі черги на медичну допомогу, хоча за даними рейтингу Світової організації торгівлі (СОТ) національна система охорони здоров'я Італії посідає друге місце.

З 1978 року, після проведення масштабної реформи, яка об'єднала розрізаних надавачів медичних послуг, що призводило до нерівності між громадянами в їх доступі, в Італії існує єдина структура національної служби охорони здоров'я Servizio Sanitario Nazionale (SSN), де здоров'я громадянина розглядається як державний інтерес, на сторожі якого власне й стоїть SSN. І всі громадяни, зареєстровані в цій системі, мають право на отримання оптимальної допомоги, незалежно від свого соціального стану та доходів.

Таким чином мала би бути створена ефективна уніфікована система медичної допомоги, яка охоплювала б усе населення, незалежно від розміру відрахувань конкретного громадянина в державну скарбницю, що забезпечувало б універсальний доступ до уніфікованої допомоги по всій країні.

На сьогодні завдяки SSN надається недороге або безкоштовне медичне обслуговування для всіх резидентів країни, членів їхніх сімей, студентів університетів і приїжджих осіб (в т. ч. і з країн Євросоюзу), а також швидка допомога для всіх приїжджих, незалежно від громадянства.

Проте за час функціонування цієї системи виникли нові проблеми в результаті бюрократизації, до якої схильна уся система управління в Італії, недосконалість управління і зростання витрат. Часті зміни влади та нестабільність політичної ситуації негативно впливають і на охорону здоров'я. Нерівномірність регіонів (багата Північ і бідний Південь) теж не дозволяють усунути різницю в медичній допомозі в регіонах.

З 1998 року охорона здоров'я стала федеральною, тобто регіони відповідають за управління та організацію медичної допомоги, проте це порушило принцип уніфікованості медичної допомоги в різних регіонах. З 2001 року держава й регіони розподілили відповідальність за охорону здоров'я: держава визначає основний пакет медичної допомоги, єдиний для всієї країни, а регіони повинні організувати і управляти системою охорони здоров'я.

В Італії існують як державні лікарні, так і приватні, причому SSN може укласти з ними угоду і фінансувати лікування пацієнтів.

Сімейний лікар обирається зареєстрованими за місцем проживання пацієнтами зі списку лікарів, який надає місцеве медичне об'єднання. В його обов'язки входять консультації в амбулаторії або візити додому, скерування до вузьких спеціалістів і на обстеження, призначення лікування (виписування рецептів), планова госпіталізація та допомога медсестри чи доглядальниці (за потребою). Лікарі загальної практики (сімейні лікарі) та педіатри є незалежними підрядниками SSN. Прийом ведеться у позалікарняних підрозділах або власних кабінетах (офісах), **в обов'язковому порядку укладаючи контракт з місцевим медичним об'єднанням**. Оплата праці здійснюється за кількістю пацієнтів – 1500 для сімейного лікаря і 800 – для педіатра. Також оплата може бути збільшена за рахунок ведення хворого з хронічною патологією і премій за раціональне витрачання коштів.

Кожен лікар зобов'язаний бути членом свого регіонального відділення Загальної медичної ради і включений до спеціального каталогу. Вона стежить за дотриманням професійної етики і може застосувати дисциплінарні стягнення. Вона також впливає й на розмір гонорарів за послуги фахівців у конкретному регіоні, тобто знову ж багата Північ матиме вищі гонорари за ту ж роботу, ніж бідний Південь. Окрім того існують ще й різні профспілкові організації, які представляють інтереси медиків.

SSN також розробляє позитивний і негативний (з недоведеною ефективністю) списки ліків у Національному формулярі, визнаючи, які медикаменти надаються SSN безкоштовно, а які повинні оплачуватися пацієнтом.

Фінансування на охорону здоров'я відбувається через податок на прибуток і заробітну плату державних службовців плюс регіональний прибутковий податок, який стягується на національному рівні, але 90 % повертається в бюджет регіону.

46 % з нього йде на фінансування стаціонарів. Стільки ж припадає на фінансування первинної ланки. Рівень фінансування громадського здоров'я залишається сталим на рівні 3,6 %, який все ж має тенденцію до зниження. Зростання видатків на первинну допомогу призводить до здорожчання медичних послуг і зростання цін на медикаменти.

Послуги громадської охорони здоров'я надаються локальними медичними підприємствами (*azienda sanitaria locale*), які є відповідальними за послуги в галузі профілактики захворювань і формування здорового способу життя, безпеки продуктів харчування, запобігання виробничим травмам та професійним захворюванням.

Запис до вузького спеціаліста, за скеруванням від сімейного лікаря, здійснюється безпосередньо до центральної електронної системи запису (*centrounico di prenotazione – CUP*), які можуть розміщуватися як окремо, так і при амбулаторіях. Також запис можна здійснити з дому за телефоном або у аптеці.

Таким чином, децентралізація лікарень і локальних медичних підприємств підвищила відповідальність регіональних урядів за надання медичної допомоги. Водночас запровадження єдиних гарантованих на державному рівні пакетів медичних послуг, які надаються усім громадянам країни, єдина система профілактики інфекційних та неінфекційних захворювань, система вакцинації, роблять акцент на здоров'ї населення. Запровадження профілактичних програм з формування здорового способу життя в Італії розпочинається вже з молодших класів школи, де дітей привчають, що правильне харчування та рух – це не забаганка, а обов'язок людини, якщо вона хоче прожити довгі роки життя, а не хворіти у літньому віці.

Італія є, мабуть, однією з «найстаріших» країн в Європі, як показала нам ковідна пандемія. Причин для великого відсотку населення у віці 80+ є багато у цій країні. Але однією з них є високі витрати на охорону здоров'я і соціальну опіку осіб похилого віку, які насправді є не видатками, а інвестиціями, оскільки вони приносять користь як літнім людям, так і суспільству загалом. Інвестиції в здоров'я осіб похилого віку дають можливість свободи жити їм таким життям, якого попередні покоління навіть не могли собі уявити.

Здорове ефективне старіння дозволить наступному поколінню мати ресурси, щоб молоде покоління могло дбати про себе, а не витратити всі ресурси на підтримку життя людей старшого віку.