

A close-up photograph of a woman with dark hair, wearing large, dark sunglasses and a red and white vertically striped shirt. She is looking slightly to her left with a thoughtful expression. The background is a plain, light color.

**РАЗМЫШЛЕНИЯ
ВО ВРЕМЯ
ИЗОЛЯЦИИ**

ТАТЬЯНА СОКОЛОФФ

Татьяна Соколофф

Размышления

во время изоляции

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=55731846

ISBN 9785449894144

Аннотация

11 марта 2020 Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) объявила пандемию новой коронавирусной инфекции. Мир не был готов к такому жуткому сценарию. Вирус поставил жизнь на паузу. В книге автор анализирует системы здравоохранения разных стран и их реакцию на возникшую проблему с COVID-19, а также берет интервью у людей из России и других стран о том, как они столкнулись с пандемией и жили во время изоляции. Что ждет медицинский туризм после пандемии?

Содержание

1. Введение	5
2. Здоровоохранение разных стран мира	8
2.1. США	9
2.2. Израиль	13
2.3. Швейцария	18
2.4. Турция	24
2.5. Италия	30
2.6. Испания	35
Конец ознакомительного фрагмента.	37

Размышления во время изоляции

Татьяна Соколофф

«Мальчик заблудился в лесу.

Он не знал, что ему делать и куда идти.

И даже собрался заплакать.

*Но потом взял себя в руки, набрался храбрости,
влез на большое дерево и увидел свой путь».*

© Татьяна Соколофф, 2020

ISBN 978-5-4498-9414-4

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

Эта китайская притча показывает нам, в какую ситуацию мы попали, столкнувшись с коронавирусом COVID-19.

В своей книге я попыталась проанализировать всю ситуацию и наметить свой путь.

1. Введение

11 марта 2020 Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) объявила пандемию новой коронавирусной инфекции. Все мы были не готовы к такому жуткому сценарию. Вирус поставил нашу жизнь на паузу. Планы рухнули, плотный график поездок, встреч, выступлений, намеченный на первые полгода, – превратился в режим самоизоляции. Но зато появилось время для размышлений и анализа прошлого, настоящего и будущего.

Когда вы будете читать эту книгу, возможно, ситуация уже изменится и наша жизнь вернется в привычное русло, но вряд ли она уже будет такая, как прежде, да и мы с вами уже будем другими.

Я никогда раньше и предположить не могла, что меня может коснуться тема пандемии. Казалось, что все это только в художественной литературе, например, в романе Франка Тилье «Пандемия» или у Дэна Брауна в «Инферно», которые я прочитала на одном дыхании.

В жизни все оказалось близко к книжным ситуациям, но не совсем так.

Наверное, многие из вас смотрели фильм «Заражение» режиссера Стивена Содерберга и сценариста Скотта Бернса. Просто удивительно, как события в фильме напоминают нам сегодняшнюю ситуацию, хотя фильм был снят в 2011 году.

Фильм переживает сейчас второе рождение. Если в декабре 2019 он был 270-м фильмом по популярности, то сейчас он второй по популярности по количеству запросов на сайте. Фильм хвалят за научную точность и реалистичность.

Фильм также прекрасно описывает феномен фомитов (предметы, через которые может передаваться инфекция) – очень легко передать микроорганизмы, пожимая руку или касаясь бокала вина и дверной ручки.

SARS считается первым случаем перехода вируса от летучих мышей к человеку. COVID-19 – третий случай. В фильме немало взято из истории SARS. Но вирус MEV-1 из фильма – это не коронавирус.

Он легче передается и намного смертоноснее COVID-19. Один из персонажей оценивает летальность от него в 25–30% (для COVID-19 пропорция выздоровевших и умерших 85 к 15, но она постоянно меняется).

Фильм оказался пророческим неслучайно: ученые, с которыми общался сценарист во время работы над сценарием, все как один твердили, что «пандемия – это вопрос «когда», а не «если».

За последнее десятилетие было выявлено более 400 новых вирусов. «Еще возникнут вспышки и пандемии, и нам нужно вынуть голову из песка и осознать реальные риски, с которыми мы сталкиваемся», – Ян Липкин (научный консультант фильма, профессор Колумбийского университета). «Более трех четвертей всех появляющихся инфекционных заболе-

ваний рождаются из-за того, что микробы из дикой природы переходят в человека. Наша уязвимость к таким болезням усилилась из-за роста международных путешествий и глобализации производства продуктов питания. Кроме того, вырубка лесов и урбанизация продолжают вытеснять диких животных из их среды обитания, увеличивая вероятность того, что они вступят в контакт с одомашненными животными и людьми».

Сейчас можно предполагать много различных теорий заговора о происхождении вируса, однако не будем искать виновных, а будем решать возникшую глобальную проблему.

2. **Здравоохранение разных стран мира**

Я решила проанализировать системы здравоохранения разных стран, а также взять интервью у людей из разных стран о том, как они столкнулись с COVID-19, жили во время изоляции. Думаю, что такая информация будет полезна и интересна как и для специалистов здравоохранения, так и для пациентов, так и для людей, которым интересно узнать мнения людей из разных стран мира.

Как среагировали эти системы здравоохранения на возникшую проблему?

Что ждет медицинский туризм после пандемии? Какие перспективы? Как мы работали в условиях изоляции?

Итак, поехали.

2.1. США

Система здравоохранения США занимает ведущее место в мире по масштабам сосредоточенных в ней ресурсов. Это 1/7 часть всей экономики США, и в ней занято свыше 10 млн человек. По расходам на медицину США занимает первое место в мире, на душу населения они тратят 9,9 тыс. долларов.

Средняя продолжительность жизни – 80,6 лет, а индекс младенческой смертности – 6,5. Это очень хорошие показатели.

Однако США – одна из немногих развитых стран, где нет всеобщей системы медицинского страхования. Лечение финансируется в основном за счет частных страховок, которые оплачивают сами граждане или их работодатели.

Страховку может получить только человек, имеющий постоянный и стабильный доход. И, к сожалению, не все работодатели способны оплачивать страховку своих сотрудников, а лечение в США очень дорогостоящее.

Средняя цена посещения отделения неотложной помощи в стране составляет 1265 долларов. Средняя стоимость химиотерапии – от 7 до 30 тыс. долларов.

Более 43 млн человек живут в США, не имея медицинской страховки.

С 1965 года в стране действуют две социальные програм-

мы: Medicare – для лиц от 65 лет и старше; и Medicaid – для помощи нуждающимся. Обе существуют за счет налогов, но не всегда полностью покрывают счета больных. Из-за старения населения расходы на Medicare продолжают расти, а затраты на медицину называют одной из главных причин дефицита американского бюджета.

В США существуют 3 типа больниц: государственные, частные (прибыльные), частные («бесприбыльные»). Частные (прибыльные) – это обычные коммерческие больницы.

Государственные больницы финансируются федеральным и штатным правительством, т.е. полностью за счет налогоплательщиков. Они обслуживают, как правило, государственных служащих, ветеранов войны, инвалидов, лиц, страдающих психическими заболеваниями и туберкулезом.

«Бесприбыльные» частные больницы создаются местными муниципальными органами с привлечением государственных фондов, частных лиц, а также различных организаций и благотворительных обществ. Эти больницы представляют собой частные корпорации, первоначальный капитал которых формируется по подписке учредителей, и как коммерческие организации они оказывают услуги за плату. «Бесприбыльный» статус широко используется в США различными фондами, организациями, учреждениями и фирмами, поскольку он дает им возможность избежать уплаты налогов. Определения «некоммерческий», «бесприбыльный» отнюдь не означают, что эти больницы предоставляют

медицинскую помощь бесплатно.

Для американских больниц характерны короткие сроки госпитализации, поскольку в них проводится интенсивное лечение острых заболеваний, долечивание которых обеспечивают «дома сестринского ухода». С точки зрения медицинской помощи их условно можно подразделить на три типа: дома сестринского ухода – высококвалифицированной помощи среднего медицинского персонала, дома-интернаты для пожилых и престарелых с медицинским уклоном, дома-приюты для пожилых и немощных бедняков.

Центральная фигура системы медицинского обслуживания в США – частнопрактикующий врач.

Подготовка врача высокой квалификации продолжается до 14 лет и стоит от 150 до 250 тыс. долларов.

По завершении учебы все врачи, независимо от возраста, должности и квалификации, каждые десять лет сдают экзамены Национальному совету медицинских экзаменаторов (National Board of Medical Examiners – NBME) по своей специальности на право медицинской деятельности, участвуют в работе профессиональных съездов и конференций, занимаются самообразованием. Все это дает определенное количество баллов в системе последипломного образования и учитывается на очередных экзаменах. Такая жесткая система стимулирования и контроля самообразования врачей вполне вписывается в концепцию непрерывного медицинского образования.

В США разработаны специальные правила для категорий пациентов, страдающих редкими болезнями (всего их около 200 тыс. человек). Поскольку научные разработки препаратов для лечения подобных болезней изначально нерентабельны, правительство стимулирует фармацевтические и биотехнологические компании с помощью налоговых льгот, субсидий и предоставления эксклюзивного доступа на рынок таких лекарств в течение определенного ограниченного времени (как правило, семи лет), независимо от того, защищены они патентами или нет.

Производство медицинского оборудования в США на протяжении последних десятилетий проявляет себя как очень динамичная, постоянно развивающаяся отрасль со стабильными темпами роста в 23% в год и объемами производства в 123 млрд долларов в 2006 году. В стране производится около 40% и потребляется 37% мирового рынка медицинской техники, что обеспечивает опережающий уровень обеспечения медицинской техникой на душу населения – 83 долл./чел. (к примеру, в России – 7,3 долл./чел.). Всего в США насчитывается 5250 производителей медицинского оборудования, в которых работают более 300 тыс. человек.

2.2. Израиль

Ярким примером страны с высокоэффективным здравоохранением и качественным механизмом медицинского государственного страхования является Израиль.

Согласно Галахе, святость человеческой жизни является основополагающим принципом, укрепление здоровья и лечение заболеваний – одни из важнейших законов иудаизма. «Каждый, спасающий одну жизнь, спасает целый мир», – сказано в Мишне и в Вавилонском Талмуде.

Средняя продолжительность жизни у женщин 82 года, у мужчин 78,5. Уровень детской смертности составляет 3,9 смертельных случаев на 1000 родов.

Израильская система здравоохранения основана на четырех основных поставщиках медицинского страхования, называемых больничными кассами. За относительно невысокие ежемесячные взносы граждане Израиля получают основные медицинские услуги, такие как консультации специалистов, лабораторные исследования, диагностические снимки и др.

Это больничные кассы: «Клалит», «Макаби», «Меухедет» и «Леумит».

Распределение выглядит следующим образом:

– «Клалит» – к этой кассе прикреплено 58% застрахованного населения. Касса принадлежит профсоюзу «Гистра-

дут».

Старейшая и самая крупная касса, работает с 1911 года и обслуживает больше половины населения. Медицинские учреждения «Клалит» распространены по всей стране, но из-за большого количества пациентов иногда в них сложно записаться на прием.

– «Маккаби» – к этой кассе прикреплено 22% застрахованного населения.

Привлекает к сотрудничеству наиболее квалифицированных врачей, но страховка в этой кассе – самая дорогая в стране, а бесплатных услуг мало.

– «Леумит» – к этой кассе прикреплено 10% застрахованного населения.

В последние годы касса активно привлекает к сотрудничеству высококвалифицированных специалистов частной практики и предлагает своим клиентам лучшую в стране программу дополнительного страхования, которая, однако, отличается высокой стоимостью услуг.

– «Меухедет» – к этой кассе прикреплено 10% застрахованного населения.

Позиционируется как касса мгновенного обслуживания, а также как самая доступная по стоимости услуг касса; главный минус – больницы «Меухедет» есть не во всех населенных пунктах страны.

Израильтяне выбирают больничную кассу по принципу удобства: расстояние до ближайшей клиники, наличие кон-

кретного специалиста и т. д. У пациента есть право ежегодно менять кассу.

В Израиле существует понятие «корзина здоровья» – комплекс обязательных медицинских услуг, которые предоставляются по государственной страховке. Корзина утверждается правительством и едина для всех касс, поэтому предоставляемые в них услуги в целом одинаковы. Стандартный набор включает консультации, осмотры, приемы, диагностику, амбулаторное лечение, анализы, обследования и госпитализацию.

Лечебные учреждения в Израиле могут принадлежать государству, муниципалитетам, частным лицам или общественным организациям.

Здравоохранение в Израиле – вторая по значимости статья расходов в государственном бюджете. Выделенные средства направляются на оснащение государственных медицинских учреждений и повышение квалификации работающих там врачей.

Сейчас в стране около 50 государственных больниц и клиник общего профиля.

Государственные медицинские учреждения Израиля ориентированы на право равного медицинского обслуживания для всех пациентов. При этом никто из пациентов не может выбирать лечащего врача или палату при госпитализации, а медицинские услуги оказываются только в порядке очереди.

Многие ведущие хирурги государственных больниц оперируют также и в частных клиниках, поэтому те, кто не желает ожидать своей очереди в государственном медицинском учреждении или хочет попасть к конкретному доктору, может воспользоваться дополнительным медицинским страхованием или самостоятельно оплатить лечение.

В частных клиниках как израильтяне, так и иностранцы могут выбрать врача и получить весь спектр медицинских услуг по самым высоким стандартам.

Лечение в частной клинике предусматривает новейшее оборудование, специализированную бригаду врачей и медицинских сестер, отдельную палату.

Однако в частной клинике возможны не все виды лечения и диагностики. Например, лечение заболеваний почек или лейкемии, пересадку костного мозга, печени и почек проводятся только в государственных больницах: необходимое для этого оборудование есть только там.

Как и в любой системе здравоохранения, в израильской медицине тоже есть свои минусы. Например, в рамках недавно принятого соглашения между правительством и организацией врачей Израиля были, с одной стороны, подняты зарплаты врачей, но с другой, врачи были обязаны «отбивать» карточки присутствия на рабочем месте. То есть каждый специалист обязан присутствовать на своем рабочем месте определенное количество часов. Если оно выше нормы, врач получает дополнительную оплату. Обратная сторона меда-

ли заключается в том, что это стоит дополнительных денег больницам и поликлиникам, которые, в свою очередь, ограничивают врачей в количестве часов. Замкнутый круг, который в конце концов должен также найти свой жизненный баланс.

Система израильского здравоохранения по праву считается одной из самых прогрессивных в мире. Она умеет хорошо балансировать между заботой о здоровье граждан и потребностями медицинских инфраструктур и персонала, который, в свою очередь, в большинстве случаев получает отличную профессиональную подготовку и искренне любит свое дело!

2.3. Швейцария

Швейцарское здравоохранение является одним из самых дорогих в мире. Медицина в Швейцарии хоть и дорогая, но при этом действительно качественная. Вся страна покрыта плотной сетью врачебных практик, медицинских центров и клиник. Поэтому в отличие от таких стран, как Великобритания, где действует модель исключительно государственных медицинских услуг, в Швейцарии пациентам не приходится по несколько месяцев ждать приема.

Швейцарцы живут в Европе дольше всех. Средний швейцарец имеет шанс прожить до 83,7 лет. Немного другая ситуация получается, если рассмотреть показатель «продолжительность жизни» с разбивкой по регионам. В Швейцарии дольше всего живут в кантоне Тичино (85 лет в среднем), за ним следует регион Женевского озера (84,2 года), затем – кантоны Центральной Швейцарии (84 года) и Цюрих (83,9). Замыкает рейтинг регион в составе кантонов Берн, Фрибур, Золотурн, Невшатель и Юра (83,1 года).

Младенческая смертность на 1000 родившихся живыми – 2,9.

Система здравоохранения Швейцарии представляет собой сложную комбинацию государственных и частных структур. Например, частным образом организованные компании обязательного и дополнительного медицинского стра-

хования работают на рынке, буквально по-социалистически зарегулированном самыми разными государственными предписаниями и нормами. Что же касается «поставщиков медицинских услуг», то есть тех, кто, собственно, лечит, включая клиники и врачей частной практики, то здесь вообще наблюдается полное лоскутное одеяло: одни являются частными компаниям, другие – государственными (муниципальными и кантональными).

Кстати, о кантонах: Швейцария является страной последовательного федерализма. Субъекты федерации, кантоны, обладают самыми широкими правами автономии. Вопросы здравоохранения в целом находятся в Швейцарии в сфере компетенций кантонов. Но одновременно многие вещи, включая тарифы и стандарты, регулируются нормами, имеющими общешвейцарское значение и разработанными на уровне федерального центра.

В Швейцарии каждый проживающий в стране дольше трех месяцев в обязательном порядке заключает договор базового медицинского страхования (ОМС) и ежемесячно выплачивает страховые взносы. Выбор компании-страховщика остается делом самого застрахованного. Тем самым в стране сложился довольно-таки конкурентный рынок компаний ОМС, причем тарифы страховых выплат серьезно варьируются в зависимости как от данной компании, так и от кантона.

Тот, кто обоснованно признан принадлежащим к социаль-

но-уязвимым слоям общества, а проще говоря, тот, у кого доходы невелики, может запросить и начать получать за счет кантона или муниципалитета скидку при выплате страховых взносов. Страховщики, в свою очередь, не имеют права выбирать пациентов, они обязаны застраховать любого человека, в том числе даже тяжелобольного или пожилого. Лишить человека базового медицинского страхования на основании его неважного здоровья компании ОМС не имеют права. «Отбор» клиентуры для себя страховые компании могут осуществлять только в области частного дополнительного добровольного страхования.

Застрахованный житель Швейцарии имеет возможность выбрать для себя свой личный план страхования с использованием такого гибкого инструмента как «франшиза» или «размер личного финансового участия» застрахованного лица в покрытии расходов на те или иные медицинские услуги. Житель Швейцарии может выбрать себе низкую франшизу и высокие ежемесячные взносы или, наоборот, высокую франшизу и низкие тарифы ежемесячных страховых выплат. Границы тут текучие, разные компании ОМС могут предлагать самые разные страховые планы с разным соотношением размеров взносов и франшизы.

Минимальная франшиза составляет в Швейцарии 300 франков. Это означает, что в год человек на свое здоровье сам, помимо страховых взносов, обязан тратить не менее этой суммы. Максимальная франшиза составляет

2 500 франков, и многие выбирают именно ее с тем, чтобы уплачивать обязательные ежемесячные страховые взносы по наименьшему тарифу. Все это похоже на ставки в тотализатор: тот, кто делает ставку на то, что в ближайшее время, обладая железным здоровьем, он не попадет на больничную койку, может выбрать максимум собственного покрытия при минимальных взносах.

Иными словами, все расходы на сумму до 2 500 франков такой застрахованный возьмет на себя, и только за все, что свыше, заплатит компания ОМС. Тот же, кто из больниц не вылезает, поступит мудро, если выберет прямо противоположную стратегию. Но и это еще не все. Есть здесь одна тонкость, которая состоит в том, что 10% от суммы, которую должна, по идее, покрыть компания ОМС, все равно будут перекладываться на плечи пациента. В случае некоторых особенно редких или дорогих медикаментов этот показатель может достигать и 20%, но не выше 700 франков. За пребывание в клинике пациент также платит ежедневный взнос в размере 15 франков.

Тем не менее даже всех этих немалых выплачиваемых пациентами средств все равно на покрытие реальных расходов на здравоохранение не хватает. Госбюджетам приходится осуществлять частичное финансирование работы клиник. Кантоны в настоящее время берут на себя 55% таких расходов, а страховые компании – 45%.

В сфере амбулаторного лечения компании медицинского

страхования берут на себя 100% расходов. В результате кантоны заинтересованы в том, чтобы сделать пребывание пациента в больнице как можно более коротким. Стремление отдавать приоритет амбулаторному лечению перед стационарным противоречиво воспринимается в обществе и подвергается критике. Порой приходится даже слышать о так называемых «кровавых» (насильственных) выписках, когда пациента буквально выпихивают домой слишком рано и фактически против его собственного желания.

Каждый кантон составляет перечень клиник, имеющих право возмещать оказываемые ими услуги за счет компаний ОМС. Эти клиники получают в свое распоряжение определенные дополнительные ассигнования из бюджетов данных субъектов федерации. Взамен эти лечебные учреждения обязаны обеспечивать оказание медицинской помощи массовому населению на основе заключаемых с кантонами «соглашений об оказании услуг в области стационарного и амбулаторного лечения» (Leistungsauftrag).

Кантоны также определяют, какая клиника, работающая на основании данного соглашения, будет заниматься какими типами заболеваний и какие предоставлять услуги, следя за тем, чтобы не возникала ситуация, когда одна клиника занимается всеми болезнями. Тем самым, как считают кантоны, можно лучше обеспечить качество услуг. Кроме того, такая специализация, как считают кантоны, позволяет лучше планировать расходы госбюджетов, что повышает эффек-

тивность и обеспечивает экономию средств в медицинской области.

Тарифы на медицинские услуги, которые имеют право взимать врачи или клиники, четко фиксируются в рамках разных форматов, будь то санкционированные государством коллективные соглашения между медицинскими страхователями и поставщиками медицинских услуг или Федеральный закон или распоряжение того или иного властного института.

В частности, тарифы амбулаторного медобслуживания регулируются в настоящее время в Швейцарии на основании государственного тарифного перечня Tarmed, который представляет собой подробнейший список отдельных медицинских услуг и стоимости каждой из них. В области стационарного лечения действуют списки недифференцированных тарифов не на покрытие отдельных видов услуг, но на лечение конкретных видов заболеваний (SwissDRG).

2.4. Турция

В Турции достаточно сложно организована система здравоохранения, так как в этот сектор вовлечены различные организации и ведомства. Вся система здравоохранения в Турции и связанные с ней области социального обеспечения координируются Министерством Здравоохранения.

На сегодняшний день уровень медицинского обслуживания достаточно высок.

Из 2000 клиник в стране 54 больницы смогли получить международную аккредитацию JCI, это 21% от общего числа аккредитованных больниц в 58 странах мира. Всего в стране в медицинской сфере задействовано 150000 сотрудников, из них 10% – это врачи.

Средняя продолжительность жизни в Турции 78 лет. Мужчины живут в среднем 75,3, а женщины 80,8.

Младенческая смертность на 1000 родившихся – 5,5.

Частные больницы в последнее время благодаря вложению больших денежных средств заметно улучшают качество обслуживания, повышая уровень профессионализма персонала и оснащая учреждения качественно новым оборудованием. Большая часть медицинских учреждений и квалифицированных кадров сосредоточены в крупных городах. Здесь больше население и соответственно больше возможностей заработать. В сельских районах, к сожалению, меди-

цинское обслуживание оставляет желать лучшего. Кроме государственного и частного сектора, создают и курируют свои больницы по всей стране университеты и Министерство обороны.

Годовые темпы роста ВВП в Турции составляют около 5—6%, но расходы на здравоохранение составляют всего 3—5% от ВВП. Основными источниками финансирования государственных больниц являются: ассигнования правительства (83%), сборы, уплаченные страховщиками и физическими лицами (12%), и часть сумм от налогов на топливо и сигареты (5%). Университетские больницы имеют два основных источника финансирования: ассигнования из государственного бюджета через Совет высшего образования (YOK) и собственные средства.

Система социального обеспечения в Турции состоит из трех основных организаций:

- Учреждение социального страхования (SSK);
- Пенсионный фонд для государственных служащих (Emekli Sandigi);
- Учреждение социального страхования для самозанятых (Bag-Kur).

В планах правительства есть объединить все эти учреждения в одно.

Работодатели платят страховые взносы для покрытия случаев травматизма на рабочем месте, профессиональных заболеваний или по беременности и родам. Работодатели и ра-

ботники вносят свою долю в указанных пропорциях для покрытия выплат по болезни, инвалидности, пенсий и пособий в случае смерти. Планируется, что новый закон предоставит право на медицинское обслуживание также безработным, если они будут соответствовать определенным критериям.

Учреждение социального страхования (SSK)

SSK является организацией социального обеспечения для работников частного сектора и «синих воротничков» – работников государственного сектора. Закон гарантирует право всем лицам, работающим по трудовому соглашению, на социальное страхование и медицинскую помощь. Лица, занятые в сельском хозяйстве, работающие не по найму, и лица, осуществляющие взносы в один из пенсионных фондов, установленных законом, исключены из сферы покрытия SSK. Министерство здравоохранения может заключать специальные контракты с университетскими и частными больницами на обслуживание членов организации, помимо SSK больниц. Существуют выплаты на медицинские препараты для амбулаторных пациентов; пенсия офицерам, находящимся в отставке, – 10%, состоящим на действительной службе, – 20%.

Члены SSK застрахованы от травм и профессиональных заболеваний, на случай болезни, инвалидности и беременности. После того как застрахованный выплатил все свои взносы за указанный период и достиг определенного возраста, он

имеет право на пенсию по старости. Если застрахованный умер, вдова, дети или родители умершего получают выплату на покрытие расходов на похороны и его пенсию.

Пенсионный фонд для государственных служащих (Emekli sandığı)

Пенсионный фонд для вышедших на пенсию гражданских служащих также осуществляет медицинское страхование. Государственные служащие, вышедшие на пенсию, оплачивают только 10% расходов на медицинские препараты, а все остальное оплачивается фондом. Конкретных страховых взносов, которые собираются с работающих государственных служащих, не существует, поэтому фонд несет огромные расходы, которые сложно контролировать. Фонд полностью финансируется за счет государственных ассигнований.

Учреждение социального страхования для самозанятого населения (Bağ-Kur)

Эта организация покрывает расходы на медицинское обслуживание лиц, не занятых на государственной службе, на которых не распространяется закон о социальном страховании. Это могут быть художники, ремесленники, представители малого бизнеса, лица, зарегистрированные в профессиональных ассоциациях, акционеры компаний, помимо кооперативов и акционерных обществ, и самозанятые в сельском хозяйстве.

Члены организации Bağ-Kur могут по своему усмотрению

нию выбирать схему, по которой они будут делать взносы, по шкале от 1 до 24, где 1 – самый низкий уровень выплаты с определенными ограничениями в области медицинского обслуживания. Они покрывают расходы, связанные с амбулаторной и стационарной диагностикой и лечением. Bag-Kur не располагает своими собственными медицинскими учреждениями, а работает, заключая контракты с другими государственными поставщиками услуг, включая SSK больницы. Поэтому пациент сам оплачивает медицинские услуги, а затем получает компенсацию от Bag-Kur. Члены общества, пенсионеры оплачивают 10% от стоимости лекарств, а работающие и их иждивенцы платят 20%.

Система зеленой карты

Система «Зеленая карта» создана в 1992 году и финансируется непосредственно правительством. Малообеспеченные граждане, уровень дохода которых ниже минимального определенного законом, получают специальные карточки, которые предоставляют доступ к амбулаторной и стационарной помощи в государственных и некоторых университетских больницах, а также покрытие расходов на медицинские препараты при стационарном лечении, за исключением стоимости амбулаторного медикаментозного лечения. Расходы по программе «Зеленая карта» составляют почти 11 млн долларов, что превышает ассигнования правительства, создавая таким образом большие пробелы в бюджете. Выдавать «Зеленые карты» имеет право только Министер-

ство здравоохранения.

Хорошо развита в Турции сфера частного медицинского страхования. Многие, помимо регулярных взносов в государственные системы страхования, платят страховые взносы в частные компании, чтобы в случае болезни иметь возможность получать более качественные медицинские услуги. Пару лет назад в стране появились частные пенсионные фонды, и с тех пор они очень активно развиваются. Зачастую в роли таких частных фондов выступают частные банки, которые оказывают подобные услуги. В зависимости от выбранного пенсионного плана, через 10, 15 или 20 лет можно либо получить накопленные средства, либо получать ежемесячную пенсию до самой смерти.

2.5. Италия

По оценке Всемирной организации здравоохранения, Италия находится на третьем месте в мире (и на первом в Европе) по эффективности медобслуживания: средняя продолжительность жизни – 83,4 года, младенческая смертность на 1000 рожденных – 2,0 и лечебно-профилактическое финансирование на душу населения – 3 тыс. долларов. Финансирование на нужды здравоохранения в стране ежегодно расходует 9,2% ВВП.

Разберемся в тонкостях функционирования здешней системы здравоохранения.

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).

Как мы видим, подавляющая часть расходов на лечение итальянцев лежит на государстве. Остальная сумма (квитанция, которая называется «тикет») оплачивается самим пациентом – это определенный меняющийся от региона к региону процент от общей стоимости амбулаторных приемов, вакцин и лекарств. Подобная «почти бесплатная» медпомощь гарантирована не только гражданам, но и всем легально живущим в Италии иностранцам, состоящим на учете в Национальной санитарной службе SSN (Servizio sanitario nazionale).

А вот скорую помощь можно вызвать и людям, нелегально находящимся на территории страны, причем ее сотрудники не обязаны уведомлять об этом полицию. При явной угрозе жизни, несчастном случае, аварии и тому подобном даже нерезидентов лечат бесплатно, согласно статусу *straniero temporaneamente presente* – временно проживающий иностранец. Абсолютно бесплатно будут заниматься также ведением беременности и родами любой женщины.

Регистрация в Национальной санитарной службе осуществляется бесплатно для обладателей рабочего, семейного или предпринимательского вида на жительство в Италии, для их родственников-иждивенцев, легально проживающих на Апеннинах, а также для тех, кто имеет статус политического беженца. Регистрация действительна на весь срок действия ВНЖ. Обучающимся в местных вузах студентам то-

же можно встать на учет в SSN, но уже на платной основе с разовым ежегодным взносом в чуть менее 150 евро. Для регистрации нужно прийти в ASL – локальную санитарную службу (*azienda sanitaria locale*). С собой надо взять справку о прописке, действующий вид на жительство и налоговый номер.

После заполнения документов выдается (или высылается по почте) пластиковая карта *tessera sanitaria*. Эта медицинская страховая карта с указанным налоговым номером гарантирует своему владельцу не только лечение в итальянских учреждениях, но и экстренную помощь в любой стране ЕС (если на обратной стороне карты имеются данные TEAM). Срок действия документа составляет 6 лет. С 2008 года при предъявлении карты в аптеке можно вычесть стоимость купленных лекарств из подоходного налога.

В офисе ASL, помимо получения медкарты, необходимо выбрать семейного врача (*Medico di medicina generale*) и педиатра (*Pediatra di libera scelta*) – для детей до 14 лет. Семейный врач бесплатно осматривает в собственной консультации или при вызове на дом, выписывает рецепты, выдает справки для школ, детских садов, вузов, больничные на работу, направления к узкоспециализированным специалистам и на анализы. Он имеет право обслуживать не более 1500 пациентов. В любой момент без объяснения причин можно отказаться от услуг одного врача и выбрать другого из соответствующих списков местной санитарной служ-

бы. Семейный врач также имеет возможность отказаться от пациента, предоставив письменное заявление с детальным обоснованием.

Отдельные категории граждан и резидентов могут вообще забыть об оплате «тикетов» на медобслуживание. Это дети до 6 лет при обращении к узкопрофильным специалистам (в некоторых регионах – до 14 лет), лица с хроническими заболеваниями или редкими патологиями, инвалиды, жертвы террористических атак, пенсионеры старше 65 лет и члены семей, чей подтвержденный годовой доход не превышает 36 151,98 евро.

Частные итальянские клиники примерно на треть доступнее своих французских, немецких или австрийских аналогов. Стоимость обследований, лечения, операций и реабилитации складывается из цен на техобслуживание аппаратуры, инновационных лекарств, высокого уровня квалификации докторов и медработников.

Стать врачом в Италии достаточно непросто: количество абитуриентов, поступающих на медицинские факультеты, регламентировано – 3500 студентов в год, поэтому им приходится сдавать довольно сложные экзамены. В Италии двадцать университетов, которые выпускают врачей. Обучение длится от четырех до шести лет, после чего необходима специализация – как минимум еще четыре года. Таким образом, чтобы стать врачом, в среднем требуется 10 лет, в течение которых студент не имеет возможности зарабатывать день-

ги. Именно поэтому в Италии много медицинских династий. Итальянские врачи ценятся во всем мире – в Швейцарии, Америке, Германии. Итальянцы по природе своей очень находчивые люди, часто пытаются сделать невозможное, и это хорошее качество для медицины. Именно поэтому итальянским врачам принадлежат очень многие инновации.

За последние 10 лет итальянская медицина явила миру много инновационных открытий:

Например, Анжело Вескови – отец стволовых клеток. Другой итальянец, Бруно Даллапиккола, – самый известный генетик, живущий на планете. Умберто Веронезе внес огромный вклад в мировую онкологию.

2.6. Испания

Медицина в Испании признана одной из самых лучших и современных не только в Европе, но и в мире, где, по данным ВОЗ, страна занимает четвертое место. Средняя продолжительность жизни испанцев увеличилась до 83 лет и 4 месяцев, что выводит страну на второе место в ЕС и третье место в мире. Сегодня испанские женщины доживают в среднем до 86 лет, причем с 2002 года этот показатель увеличился на два года и семь с половиной месяцев. Мужчины в среднем живут 80 лет и 5 месяцев, их продолжительность жизни за тот же период увеличилась на четыре года и два с половиной месяца. Младенческая смертность на 1000 родившихся – 1,7.

Отлично развитая система государственного здравоохранения Испании дополняется превосходным частным сектором. Многие испанцы, а также граждане Евросоюза, проживающие в Испании, и иностранцы-резиденты, несмотря на развитую систему государственного медицинского обслуживания, пользуются услугами частных медицинских центров и страховых компаний. По данным статистики, на долю частного медицинского сектора приходится примерно 15% оказываемых услуг.

Основной особенностью испанской системы здравоохранения является то, что она в значительной степени финан-

сирується за счет взносов, связанных с занятостью. Все работники и самозанятые в Испании должны уплачивать подоходный налог, и эти деньги используются для финансирования системы здравоохранения. Чтобы зарегистрироваться для общественного здравоохранения в Испании, вы должны получить номер социального страхования. Этот номер используется для внесения социальных взносов, которые автоматически вычитаются из вашей заработной платы. Социальные взносы сотрудников и работодателей используются для финансирования системы общественного здравоохранения. Правительство ежегодно определяет ставки взносов. Кроме того, медицинское обслуживание в Испании основано на принципах всеобщей и равной доступности. В настоящее время 93,9% населения имеет право на бесплатное обслуживание, и эту бесплатную помощь пациенты могут получать в любой точке страны.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.